



# **Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

## **Contributos da deambulação para a progressão do Trabalho de Parto: Intervenção do EEESMO**

**Sandra Cristina da Luz**

**Lisboa**

**2017**





# **Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

## **Contributos da deambulação para a progressão do Trabalho de Parto: Intervenção do EEESMO**

**Sandra Cristina da Luz**

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Maria Anabela Ferreira dos Santos

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções da discussão pública

“Para cada cristão Jesus tem uma promessa e uma missão.”

Jorge Mário Bergoglio

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos muito obrigada pelo esforço, tempo dispensado, incentivo e orientação.

À Enfermeira Especialista Isabel Guerreiro pela dedicação, paciência e alegria com que me ensinou todos os dias.

Aos meus pais, Francisco e Inácia, a minha irmã Paula, ao meu sobrinho Rafael e ao meu cunhado João, pelo amor, força, apoio e incentivo que me transmitiram ao longo deste percurso.

A ti, João, por todo amor, carinho e incentivo dedicados

A todas as mulheres e famílias, que me deram o privilégio de participar no seu momento precioso

Aos meus amigos e colegas, pela amizade e apoio

A todos o meu profundo e sincero agradecimento!

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

APEO - Associação dos Enfermeiros Obstetras

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME – Federação das Associações das Parteiras Espanholas

ICM – Confederação Internacional de Parteiras

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RCEEEESMOG – Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

TP – Trabalho de Parto

WHO - World Health Organization

## RESUMO

O mecanismo de trabalho de parto (TP), como é conhecido na atualidade, é um mecanismo fisiológico inacabado que tem a sua origem há centenas de milhões de anos. A transição para o bipedismo implicou alterações na pelve materna provocando alterações adaptativas importantes no mecanismo de parto que o tornou exclusivo entre os primatas. A par das alterações físicas a assistência ao TP sofreu transformações ao longo dos tempos, condicionadoras do desfecho do nascimento.

A deambulação durante o TP apoia a fisiologia do nascimento e melhora a experiência do parto para a mulher pois, favorece a irrigação do útero, as contrações são mais eficazes, diminui o tempo do TP, ajuda o feto a adaptar-se à bacia materna, e alivia a dor.

Este relatório pretende descrever e refletir acerca das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio com relatório, realizado nos Serviços de Urgência Obstetrícia/Ginecológica e Bloco de Partos, de uma instituição de saúde do sul do país.

A metodologia utilizada é qualitativa, descritiva e reflexiva das atividades planeadas. E, baseada na evidência científica obtida através de uma revisão crítica e sistematizada da literatura, associada à reflexão sobre a informação recolhida em notas de campo.

Os resultados sugerem que existem benefícios para a mulher e para o feto, quando esta assume uma posição vertical e deambula como sendo: redução da dor, trabalhos de parto de tempo reduzido, necessidade de doses baixas de ocitocina, mais partos eutócicos. Os elementos facilitadores da prática da deambulação foi o conhecimento prévio ou adquirido pelas parturientes durante o trabalho de parto relativos a esta prática, e, os elementos limitadores à prática da deambulação encontrados foram a inexistência da prática de *walking epidural* e de aparelhos de telemetria.

**Palavras-chave:** Deambulação; TP; EEESMO.

## ABSTRACT

The labour mechanism, as it is known today, is an unfinished physiological mechanism whose origin has hundreds of millions of years ago. The changeover to bipedalism implied changes in the maternal pelvis causing important adaptive changes in the birth mechanism that made it exclusive to primates. In addition to the physical changes, the labour assistance has undergone transformations over time, conditioners of the outcome of the birth.

The ambulation during the labour supports the physiology of the birth and improves woman's experience of the birth, since it favors the irrigation of the uterus, the contractions are more effective, it reduces the time of the labour, it helps the fetus to adapt to the maternal basin, and relieves pain.

This report intends to describe and reflect on the skills acquired and developed during the internship, performed on a health institution in the south of the country, at the Obstetrical / Gynecological Emergency Services and Delivery Block.

The methodology used is qualitative, descriptive and reflects the planned activities. Also, based on the scientific evidence obtained through a critical and systematized review of the literature, it is associated to the reflection on the information collected and noted during field work.

The results suggest that, there are benefits for the woman and the fetus when she assumes a vertical position and walk, such as pain reduction, reduced time labor, the need for low doses of oxytocin, and more eutocic deliveries. Women in labour prior knowledge of this walking practice, or the acquired knowledge during labor, to be considered the facilitator agents. On the other hand, limiting factors to this ambulation practice were the nonexistence of the epidural walking practice and telemetry devices.

**Keywords:** Ambulation, walking, labour, midwifery.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>0. INTRODUÇÃO</b>	12
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	13
1.1. Descrição da problemática	16
1.2. Progressão do Trabalho de Parto	22
1.3. Deambulação durante o Trabalho de Parto	26
<b>2. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN</b>	26
<b>3. METODOLOGIA</b>	28
3.1. Contextualização	28
3.2. Objetivos e atividades planeadas	29
3.3. Atividades desenvolvidas	30
3.3.1. Revisão Sistematizada da Literatura	30
3.3.2. Elaboração de um Poster	34
3.3.3. Reunião com as grávidas	34
3.3.4. Reunião com Enfermeiros do Bloco de Partos	34
3.3.5. Observação participante da mulher em Trabalho de Parto que deambula	35
3.4. Análise e reflexão dos resultados na prática	37
<b>4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA</b>	39
4.1. No âmbito de processos de saúde/doença ginecológica	39
4.2. Nos três estadios de Trabalho de Parto	41
4.3. No processo de transição e adaptação à parentalidade durante o período pós-natal	48
4.4. Na promoção da deambulação durante o Trabalho de parto	49
<b>5. LIMITAÇÕES</b>	51



<b>6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>53</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS, SUGESTÕES E DESAFIOS PARA A PRÁTICA</b>	<b>54</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>56</b>

## **APÊNDICES**

**Apêndice I – Artigos seleccionados para a RSL**

**Apêndice II – Poster**

**Apêndice III – Formação para as grávidas, inserida na Preparação para o parto do CHA-Portimão**

**Apêndice III – Formação em serviço dirigida aos Enfermeiros**

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1- Descrição das componentes do acrómio PICo

Quadro 2 – Protocolo de Atuação

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório que integra o plano de estudos do 6º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de especialização em Enfermagem da Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL.

O Ensino Clínico decorreu no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Bloco de partos num Centro hospitalar da região Sul do país, com início a 3 de Novembro de 2015 e término a 18 Março de 2016, tendo cerca de 500 horas presenciais, 25 horas de orientação tutorial e 250 horas de trabalho autónomo.

Neste relatório realizar-se-á uma análise crítica e reflexiva do percurso de aprendizagem. A partir dos objetivos definidos, serão analisadas as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos durante o estágio, de forma a contribuir para o meu desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), assim como para melhorar a qualidade dos cuidados em enfermagem especializados prestados à parturiente/casal e família durante o TP e parto, puerpério e período neonatal.

O tema que se pretende aprofundar neste ensino clínico relaciona-se com os contributos da deambulação para a progressão do TP a fim de promover o parto normal.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselha a não utilização da posição de litotomia e adverte para importância de encorajar as mulheres a adotarem liberdade de movimentos, assim como a deambular durante o TP (TP) (OMS, 1996). Em Portugal o movimento da Iniciativa pelo parto normal também realça a importância das posições verticais durante TP e parto (APEO, 2009). A Ordem dos Enfermeiros em 2010 criou um programa que tem como objetivo reunir um consenso sobre direitos e práticas promotoras de um parto normal (OE, 2012). Entre estas práticas estão descritas as seguintes: o uso de deambulação enquanto método de alívio da dor não farmacológico e apoio à liberdade de movimentos com oferta de instrumentos facilitadores da posição vertical.

A posição vertical bem como a deambulação durante o TP (TP) tem inúmeras vantagens tais como a redução da dor durante o processo, melhoria da contratilidade

uterina, redução do tempo do TP, maior conforto para a mulher e manutenção dos intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal (Mamede, Almeida e Clapis, 2004).

Conhecidos os benefícios da deambulação durante o TP, o seu contributo positivo para sua a progressão e a sua fraca utilização, sobretudo na fase ativa do TP, o projeto desenvolvido tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e competências do EEESMO que promovam a deambulação durante o TP.

Os objetivos delineados para este ensino clínico tiveram como base o regulamento das competências do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros, as competências descritas pela International Confederation of Midwives, os objetivos descritos no Guia Orientador do Ensino Clínico Estágio com Relatório e interesses pessoais.

Assim foram delineados os seguintes objetivos para o Ensino Clínico Estágio com Relatório:

1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e obstétrica.
2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, autónomos e interdependentes, no âmbito do Bloco de Partos, à mulher inserida na família e comunidade durante os três estadios de TP, de forma a potenciar a saúde da parturiente e do recém-nascido na adaptação à vida extrauterina.
3. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do Bloco de Partos, à mulher inserida na família e comunidade no período pós-natal, de forma a potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.
4. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, em contexto de Bloco de Partos, no âmbito da promoção da deambulação durante o TP, que potenciem a progressão do TP.

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório teve como base a prática baseada na evidência científica e reflexão sobre a prática. A evidência científica foi obtida através de uma revisão crítica da literatura e revisão sistematizada da literatura através da pesquisa realizada nas bases de dados incluídas na plataforma EBSCOhost (CINAHL, MEDLINE, Cochrane e MedicLatina).

De forma a dar cumprimento aos objetivos explanados, o relatório encontra-se estruturado em oito capítulos. No capítulo 1 será apresentado o enquadramento teórico que fundamenta e apoia teoricamente as atividades desenvolvidas ao longo de todo o ensino clínico. No capítulo 2 será explorado o Modelo teórico que orientou a prática de cuidados de enfermagem. No capítulo 3 será apresentada a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto. No capítulo 4 será descrito e refletido o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No capítulo 5 serão relatadas as limitações do estudo, no capítulo 6 realizadas considerações éticas, no capítulo 7 são efetuadas as considerações finais, as sugestões e desafios para a prática.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo abordar-se-á a problemática do estudo e posteriormente realizar-se-á uma revisão da literatura inicial. A revisão de literatura inicial tem como objetivo conhecer o estado da arte, orientar o estudo com maior clareza e delimitar a questão de investigação.

O tema em estudo será documentado a fim de se compreenderem os conceitos e a sua relação, culminando na elaboração do quadro de referência.

### **1.1. Descrição da problemática**

Durante a prática profissional no Bloco de Partos, enquanto enfermeira de cuidados gerais observei as parturientes admitidas na fase ativa do TP. Estas raras vezes são autorizadas a deambular, apesar de o solicitarem e, dos benefícios da deambulação para a progressão do TP, documentados na evidência científica. Esta situação inquietante foi então o ponto de partida para o início deste projeto.

Nos países em desenvolvimento, 8% de todas as mortes maternas devem-se paragem da progressão do TP relacionadas com complicações tais como rotura uterina, hemorragia pós-parto e sépsis (OMS, 2005). Segundo o mesmo autor, a paragem da progressão é responsável por lesões do assoalho pélvico, (sobretudo se o segundo período do TP for prolongado) e aumento de partos operatórios.

O TP prolongado pode estar relacionado com vários fatores como a ação uterina fraca ou descontrolada, com o passageiro quando existe desproporção céfalo-pélvica, ou posição anormal, e com a passagem quando existe uma pélvis anormal, tumor, obstrução da pélvis e canal de parto (OMS, 2005). A deambulação pode ajudar a contornar alguns destes fatores tais como a ação uterina fraca, uma vez que útero se contrai de forma mais eficaz diminuindo o tempo do TP, e, a posição anormal pois a posição vertical é facilitadora da adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia prevenindo complicações do trajeto. Além destas vantagens a deambulação durante o TP apresenta outras tais como: menos dor durante o TP, maior conforto

para a mulher, assegura os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo diminuindo o risco de sofrimento fetal mesmo quando existe um período expulsivo demorado (Mamede, Almeida e Clapis, 2004).

## **1.2. Progressão do TP**

Durante a gravidez a mulher passa por várias adaptações fisiológicas, psicológicas e sociais, que a preparam para o parto e para a maternidade. O TP e o nascimento representam o final da gravidez e o início da alteração de papéis, dinâmicas familiares e profissionais (Lowdermilk e Perry, 2009; Graça, 2010).

Segundo Lowdermilk e Perry (2009) e Graça (2010), o TP é composto por uma sequência de fenómenos fisiológicos que levam à dilatação do colo uterino, progressão do feto através do canal de parto, expulsão do feto, da placenta e das membranas para o exterior do útero. Por outro lado, segundo Kitzinger (1984), o parto apresenta uma componente psicológica, social e cultural, sendo um acontecimento coletivo em que a comunidade participa, um ato cultural constituído por rituais, mitos e tabus. De acordo com Couto (2003), o parto é um momento intenso onde afluem todas as experiências anteriores à gravidez, expectativas, ansiedades e medos.

Clinicamente o TP encontra-se dividido em três estadios: a dilatação, o período expulsivo e a dequitação, com tempos e características definidas. O 1º Estadio (dilatação) inicia-se com as primeiras contrações regulares e termina com a dilatação completa do colo uterino. O 2º Estadio (expulsão) corresponde à evacuação uterina do móbil fetal. O 3º Estadio (dequitação) que corresponde ao período desde a expulsão do feto até à exteriorização da placenta, e pode durar até 30 minutos nas nulíparas e múltiparas (Cohen e Friedman, 1983). Contudo, alguns autores como Lowdermilk e Perry (2009) consideram ainda um 4º Estadio de TP. Este tem início após a exteriorização da placenta e tem a duração de um mínimo de duas horas. Neste período a hemostase é restabelecida e surgem necessidades relacionadas com a vigilância à díade.



Segundo a WHO (1996) e Lowdermilk e Perry (2009), o TP é considerado normal se a mulher entrar em TP espontaneamente entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez, não existirem complicações e, o feto nascer espontaneamente em apresentação de vértice.

De modo geral, é difícil estabelecer com rigor o momento exato em que se inicia o TP. A avaliação da progressão do TP é realizada através da observação da mulher, da sua aparência, comportamento e descida da apresentação. A evolução do TP é documentada graficamente no partograma. Este instrumento é fundamental pois permite analisar a relação temporal entre dilatação do colo e a descida do feto. Esta análise possibilita a identificação precoce de anomalias no TP e funciona como um instrumento norteador para a adoção de intervenções adequadas durante o mesmo (Lowdermilk e Perry 2009; WHO, 1996; Rocha et al., 2009).

O TP é influenciado por cinco fatores essenciais: o passageiro (feto e placenta), a passagem (canal de parto), as contrações, a posição da mãe, e as reações psicológicas. No entanto existem fatores extrínsecos à mulher que também o podem influenciar tais como o local de nascimento, a preparação para o parto, o profissional de saúde que acompanha o processo e os procedimentos utilizados durante o TP (Lowdermilk e Perry, 2009; Graça, 2010; SimKin e Ancheta, 2011).

Em termos relativos, o feto é grande em relação ao canal de parto. Assim, para que o parto vaginal ocorra, é imperativo que o feto realize uma série de movimentos ao longo da descida, que lhe permitem adaptar-se ao canal de parto e progredir. Este conjunto de movimentos denomina-se mecanismo de parto e é composto por sete movimentos que se combinam harmoniosamente: o encravamento, a descida, a flexão, a rotação interna, a extensão, a rotação externa e a expulsão (Graça, 2010).

Quando o polo cefálico está encravado, a descida é a primeira exigência para a progressão do TP. A descida resulta do culminar de várias forças, sendo elas a pressão do líquido amniótico (no caso das membranas estarem íntegras), a pressão direta do fundo uterino sobre a pelve fetal, a contração dos músculos abdominais maternos, e a moldagem fetal (Graça, 2010).

O canal de parto é constituído pelos ossos rígidos da bacia materna e tecidos moles do colo, pavimento pélvico, vagina e introito vaginal. No entanto, a bacia tem

um papel importante durante o TP, pois é uma estrutura rígida com tamanho e forma variável à qual o feto necessita de se acomodar e ultrapassar. Os diâmetros existentes ao nível do estreito superior, da escavação pélvica e do estreito inferior, em conjunto com o eixo do canal de parto determinam a possibilidade de existir um parto vaginal. No terceiro trimestre da gravidez existe um aumento da mobilidade das articulações e ligamentos pélvicos devido à ação hormonal, que contribuem positivamente para a progressão do TP (Lowdermilk e Perry, 2009).

As contrações uterinas voluntárias e involuntárias são um elemento fundamental para a expulsão do feto e placenta do útero. Ao longo da gravidez o útero passa por várias fases correspondentes a diferentes estados morfológicos e fisiológicos. Na fase de preparação pré-parto um conjunto de fatores mecânicos, endócrinos e parácrinos preparam o tecido muscular liso do útero e o tecido conjuntivo do colo. Durante o TP é a interação entre a matriz extracelular e as células musculares lisas que permite a progressão e coordenação das contrações uterinas, que vão possibilitar a expulsão do feto. Além das contrações involuntárias, as contrações voluntárias a partir dos músculos abdominais da mãe são um auxiliar importante para a progressão do TP, sobretudo no segundo estadio do TP (Graça, 2010).

As relações funcionais entre as contrações uterinas, o feto e a bacia materna são alteradas pela posição adotada pela mãe. As posições verticais são vantajosas e contribuem para a progressão do TP, pois a irrigação uterina é mais eficaz, as contrações são mais eficientes, o tempo do TP é abreviado, o diâmetro pélvico aumenta e diminui o avanço do sacro e do cóccix para a escavação pélvica. Por outro lado, a força da gravidade e o movimento ajudam o feto a adaptar-se à bacia materna, a dor durante o TP é menor e melhora a capacidade da mulher para fazer esforços expulsivos eficazes, minorando a exaustão materna, a necessidade de episiotomia, fórceps ou ventosa (Lawrence, 2013; Lowdermilk e Perry, 2009). Estas vantagens irão ser abordadas em maior pormenor no ponto seguinte. Além das vantagens anteriormente mencionadas, a posição vertical permite à mulher manter o contato visual com a pessoa que a assiste assim como visualizar o momento do parto proporcionando-lhe um maior controlo da situação (Lowdermilk & Perry, 2009).

Contrariamente, a posição de litotomia pode comprometer a progressão do TP. Esta posição oferece desvantagens, como seja a imobilidade do sacro e dos estreitos

do canal de parto, a compressão da artéria aorta que por sua vez compromete a oxigenação fetal, o aumento da sensação dolorosa e diminuição da intensidade contrações, maior duração do tempo de descida, rotação e expulsão fetal e menor eficácia dos esforços expulsivos maternos. O uso rotineiro desta posição durante o TP e parto deve ser desencorajada, uma vez que tem sido identificada como uma prática prejudicial ou ineficaz. Acresce ainda que a fundamentação da adoção desta posição desvantajosa para a parturiente e feto não está baseada em evidência científica. (Dundes, 1987; WHO, 1996; Lowdermilk e Perry, 2009; Stone, 2016). O TP é um evento dinâmico, tão dinâmico como idealmente deveria ser o posicionamento da mulher ao longo do mesmo.

As reações psicológicas da mulher podem condicionar a progressão do TP. A ansiedade causada pelo medo e dor do TP quando moderada é considerada normal mas, se excessiva, prejudica o desenrolar do mesmo. Adams, Eberhard-Gran e Eskild (2012) realizaram um estudo com uma população de 2206 mulheres e constataram que o TP foi 1 hora e 32 minutos mais longo em mulheres que tinham medo do parto comparado com as mulheres que não tinham medo do mesmo.

Estão descritos inúmeros fatores que podem contribuir para a instabilidade emocional da mulher em TP, tais como partos anteriores difíceis, hospitalizações anteriores traumáticas, história de abuso sexual ou emocional, violência doméstica, medos relacionados com a sua saúde ou do bebé, fatores socioculturais, barreira linguística, abuso de substâncias ou crenças não tranquilizadoras resultantes do que ouviu sobre o momento do parto. O confinamento à cama e a restrição de movimentos pode constituir também um fator importante de *stress* psicológico que agrava o *stress* físico originado pela imobilidade em mulheres não medicadas durante o TP. As posições verticais assumidas durante o TP contribuem para a redução da dor, tensão muscular e manutenção do controlo durante o TP. Quando a mulher é exposta a fatores de *stress*, são libertadas hormonas e neurotransmissores que podem causar distocia. As catecolaminas e o cortisol têm propriedades útero-inibidoras, ou seja provocam vasoconstrição e consequentemente diminui a atividade uterina que, por sua vez, terá como consequência o prolongamento do TP e redução da oxigenação fetal (Lowdermilk & Perry, 2009; Graça, 2010).

O ambiente físico onde se encontra a mulher em TP influencia a sua evolução. O primeiro contacto de muitas mulheres com o meio hospitalar surge frequentemente quando entram em TP (FAME & APEO, 2009).

Segundo Nightingale (2005) o equilíbrio do ambiente contribui para o processo reparador, cabendo aos enfermeiros proporcioná-lo. O ambiente deve ter em conta as pessoas presentes, a filosofia de cuidados e o espaço físico em que o parto ocorre, pois a sua qualidade pode influenciar a capacidade da mulher de lidar com o medo e a dor do TP, que têm influência direta na progressão do mesmo. As mulheres preferem ser cuidadas num lugar confortável que lhes lembre o conforto do seu lar, este deve ser seguro e com privacidade. Os estímulos ambientais como o ruído, a luminosidade e a temperatura devem ser adequados à sua preferência.

A maioria das instalações proporcionam segurança física à mãe e feto através da tecnologia disponível, protocolos e profissionais treinados. No entanto, estão configuradas pensando principalmente, na conveniência e eficiência dos profissionais de saúde. Para a maioria das mulheres o ambiente hospitalar é um meio estranho, podendo contribuir para sentimentos de falta de controlo, medo e ansiedade, desencadeantes de distocia do TP (Simkin & Ancheta, 2011). Um ambiente estranho com barulho e luzes brilhantes não habituais, questões exaustivas colocadas à mãe, podem dificultar ou tornar impossível à mulher relaxar mental e fisicamente. É de extrema importância que a mulher sinta à sua volta profissionais que a apoiam, que dão segurança e confiança durante o TP, para que ela se possa sentir segura e colaborar tranquilamente com o prestador de cuidados (Simkin & Ancheta, 2011).

O EEESMO é reconhecido como um profissional responsável e autónomo, que desenvolve o seu trabalho em parceria com as mulheres proporcionando apoio, cuidados de saúde e conselhos essenciais durante a gravidez, parto e puerpério.

A preparação para o nascimento e parentalidade faz parte das competências e responsabilidade do EEESMO, permitindo dar à mulher e companheiro a oportunidade de desenvolverem competências que lhes permitem vivenciar a gravidez, TP e parto como um processo fisiológico natural, onde deve insurgir a confiança na sua capacidade de gerar vida, assim como lidar com o seu filho (Graça, 2010). Durante a preparação para o nascimento e parentalidade são abordadas uma variedade de temáticas, como a preparação física e emocional da mulher dando-lhe a conhecer,

entre outros conteúdos, o funcionamento do seu próprio corpo durante a gravidez e TP, estratégias de alívio da dor não farmacológicas e farmacológicas que irão contribuir para reduzir ou eliminar a ansiedade e melhorar a colaboração com a equipa de saúde. Esta preparação é também um momento estratégico para empoderar a mulher permitindo-lhe ganhar autoconfiança, autoestima, controlo, determinação e compreensão necessários para ir de encontro à sua vontade e expectativas (Lowdermilk & Perry, 2009). Todos estes elementos reunidos resultam ou potenciam um parto mais fácil e satisfatório (OMS, 2001). De acordo com um estudo descritivo e exploratório realizado por Frias e Franco (2008), com base numa população de 120 mulheres, concluiu-se que a preparação para o nascimento e parentalidade sob o Método de Preparação Psicoprofilático no TP parece reduzir o uso de analgésicos e tempo de TP (o grupo de mulheres que não realizou preparação para o parto demoraram em média mais 2 horas e 35 minutos em TP em comparação com o grupo de mulheres que realizou preparação para o parto), aumentando o número de partos eutócicos e reduzindo o número de cesarianas, além de aumentar o bem-estar do feto ao nascer.

O profissional de saúde e o EEESMO em particular que acompanha a mulher/casal durante o TP possui um papel fundamental durante o mesmo na promoção do parto normal, uma vez que é forma mais segura de nascer (APEO, 2009; Pinheiro et al., 2010).

As práticas utilizadas durante o TP afetam física e psicologicamente a mãe e o bebé, pelo que o EEESMO tem a responsabilidade de basear as suas intervenções na evidência científica atual. Estas práticas devem respeitar o processo fisiológico e dinâmica de cada nascimento, devendo ser evitado o excesso de intervenções e tecnologia (Pinheiro et al., 2010).

Nos últimos anos o aumento da tecnologia contribuiu para melhorar os resultados perinatais. Porém, manteve-se a tendência para utilizar o mesmo nível de tecnologia em resposta ao parto de alto e baixo risco, e as expectativas das mulheres perderam prioridade em detrimento das prioridades organizacionais. De acordo com APEO (2009), em mulheres de baixo risco verificaram-se resultados maternos e perinatais favoráveis onde a intervenção no parto foi reduzida, assim, os autores afirmam que o uso desnecessário e por rotina de intervenções altera o curso fisiológico

do nascimento, ao mesmo tempo que desencadeia uma cascata de eventos progressivamente mais complexos, com aumento do risco para a mãe e filho. O uso excessivo de tecnologia, assim como a perda de modelos de assistência ao parto baseados no parto natural provocaram mudanças importantes no modo de nascimento (APEO, 2009).

### **1.3. Deambulação durante o TP**

Segundo Parente (2011) o mecanismo de TP, como é conhecido na atualidade, é um mecanismo fisiológico inacabado que tem a sua origem há centenas de milhões de anos. A transição para o bipedismo implicou alterações na pelve materna, como a diminuição dos estreitos pélvicos e aumento das espinhas isquiáticas implicando alterações adaptativas importantes no mecanismo de parto que o tornou exclusivo entre os primatas. Ou seja é o único onde o feto para nascer necessita de realizar rotações no interior da bacia, além de precisar de percorrer uma trajetória inclinada para a frente, enquanto que os outros primatas possuem um mecanismo simples, sem rotação, e uma trajetória retilínea. Porém, na espécie humana existem ainda dois elementos facilitadores do nascimento, a hormona relaxina em circulação, que desempenha um papel relevante no relaxamento dos ligamentos durante o parto pois possibilita o aumento do diâmetro do estreito inferior, sobretudo no diâmetro anteroposterior, e o facto de grande parte do crescimento cerebral humano ocorrer no período pós-natal.

As alterações físicas anteriormente referidas foram sendo acompanhadas por alterações dos cuidados à mulher em TP e parto.

Existem imagens astecas da Deusa Tlazolt do séc.XII, que retratam o parto da mulher em posição vertical (Stone, 2016). No Egito existem imagens que representam o parto de Cleópatra em posição vertical assistido por outras mulheres. O banco de parto data do séc. XIV e é originário da antiga Babilónia. Existem também imagens de mulheres em TP em posição vertical correspondentes ao séc. XVI (Dundes, 1987). Na Europa até à data de 1550, as parteiras eram as únicas que assistiam as mulheres em TP e também elas proporcionavam à mulher a posição vertical/liberdade de

movimentos durante o TP (Dundes, 1987). No séc. XVII os médicos começaram a interessar-se por esta área e surgiram alguns conflitos profissionais entre parteiras e médicos, tendo estes dois profissionais uma perspetiva e abordagem ao TP muito díspar. As parteiras consideravam o TP como algo natural na vida da mulher e privilegiavam a posição vertical durante o mesmo, enquanto que os médicos entendiam o TP como uma situação patológica preferindo a posição supina. A partir do séc. XVII, a horizontalidade do TP e parto devem-se à medicalização do parto sob influência da Escola Obstétrica Francesa, liderada por François Mauriceau. A posição horizontal facilitava o uso de fórceps e o estudo do mecanismo de parto, no entanto a sua utilização não está fundamenta na evidência científica (Dundes, 1987; Silva et al 2007). Atualmente a posição de litotomia e o excessivo intervencionismo durante o TP são questionados (Stone, 2016; APEO 2009).

Diversos organismos recomendam a adoção de posições verticais, deambulação, liberdade de movimentos durante o TP.

Lamaze recomenda seis práticas que promovem o parto natural, entre elas a deambulação e liberdade de movimentos durante o TP (Lothian & Vries, 2010). A OMS criou um guia onde estabelece recomendações de práticas que devem ser encorajadas e desencorajadas na assistência ao parto normal. Entre as práticas que são comprovadamente úteis e devem ser encorajadas estão a liberdade de movimentos, deambulação, encorajamento de posições não supinas e monitorização intermitente. Relativamente às práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, destaca-se o uso rotineiro de posição supina, sendo esta apenas recomendada em caso de rutura de membranas com feto não apoiado no colo devido ao risco de prolapso do cordão (WHO, Care on normal birth: a practical guide, 1996). O Royal College of Midwives aconselha as parteiras a serem pró-ativas, devendo demonstrar, encorajar e apoiar, com exemplos de como as mulheres se deveriam manter em posição vertical quando possuem monitorização eletrónica, infusão endovenosa e diferentes métodos de analgesia que possam afetar a mobilidade (RCM, 2012). A APEO, membro da ICM elaborou em parceria uma orientação para a promoção do parto normal e, dentro dessas orientações, é mencionada a importância da posição vertical, deambulação, liberdade de movimentos durante o TP.



Na atualidade cada vez mais os casais procuram cuidados personalizados e participativos no momento do parto, além de se questionarem acerca do elevado grau de intervenções durante um parto normal. Deste modo, é importante ir ao encontro das expectativas do casal, a fim de proporcionar uma vivência satisfatória do seu parto (APEO, 2009).

A deambulação e posição vertical que a parturiente adota durante o movimento influencia positivamente alguns dos fatores mencionados anteriormente, nomeadamente a passagem (canal de parto), as contrações uterinas, e a posição da mãe.

A bacia é mantida por um sistema de ligamentos que, durante a gravidez, relaxam devido à influência da hormona relaxina. Este relaxamento faz com que exista uma maior flexibilidade das articulações pélvicas e, conseqüentemente aumenta o espaço interior da bacia, especialmente quando esta se movimenta e muda a posição do corpo. Quando a mulher adota a posição de pé o seu peso é sustentado pelas duas cabeças femorais, fazendo com que a pressão no acetábulo provoque um aumento de 1cm no diâmetro transversal do estreito pélvico (Lowdermilk & Perry, 2009). Os membros inferiores durante a deambulação funcionam como uma alavanca para a pelve, facilita a abertura da passagem do estreito inferior e ajuda o feto a passar (Robertson, 2000). Também a posição vertical altera a curvatura do sacro, facilita a progressão do feto (Sabatino, 1997). A posição vertical é facilitadora da adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia e previne complicações do trajeto. O feto também contribui para a progressão do trabalho com a moldagem dos ossos da cabeça e a rotação no interior da pelve (Mamede et al., 2007).

Do ponto de vista fisiológico é benéfico para a mãe e para o feto manter-se em movimento em posição vertical, uma vez que o útero se contrai de forma mais eficaz, existe um maior fluxo de sangue que chega ao feto através da placenta, o tempo do TP é menor e a dor menos intensa (Bloom et al 1998 e Sabatino et al, 2000). A melhor circulação uterina faz com que as fibras musculares se contraiam eficazmente, fato que está associado à redução da duração do TP, sobretudo nas mulheres que deambulam (Mamede et al., 2007). Por outro lado o peso exercido pelo feto sobre o colo uterino faz com que aumente a pressão sobre o colo e este seja puxado para cima, facilitando o apagamento e a dilatação. Os impulsos do colo para a hipófise



aumentam, provocando um aumento da produção e, libertação de ocitocina e, consequentemente, as contrações intensificam-se (Lowdermilk & Perry, 2009).

De acordo com o estudo realizado por Graham et al. (2011), as mulheres preferem liberdade de movimentos durante o TP em vez de permanecerem na cama. E, de acordo com Lawrence et al (2013), estas devem ser encorajadas a adotar as posições mais confortáveis.

Os autores Lawrence et al. (2013), Mamede et al. (2007) e WHO (2005), concluíram que as mulheres que andaram e adotaram posições verticais durante o primeiro estadio do TP apresentaram uma redução da duração do mesmo e não parece estar associado ao aumento de intervenções ou efeitos negativos no bem-estar das mães e bebés.

Não obstante, a deambulação pode estar contraindicada em algumas situações, como sendo membranas rotas e feto não encravado, terapêutica analgésica que possa comprometer a deambulação, estado materno/fetal não tranquilizador ou recusa materna (Lowdermilk & Perry, 2009).

## 2. MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Neste capítulo irei pronunciar-me acerca do Modelo escolhido para sustentar e refletir sobre a prática de cuidados à mulher em TP e parto, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O campo de ação da investigação em ciências da enfermagem corresponde sensivelmente, aos conceitos próprios da enfermagem sendo elas, a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, o cuidado de enfermagem e as relações entre eles (Fawcett, 1996).

O modelo escolhido para sustentar as intervenções de enfermagem desenvolvidas no projeto foi o Modelo de Sistemas de Neuman, por ser um modelo capaz de fornecer um fundamento alargado para a prática, ensino e investigação científica em enfermagem, tendo sido utilizado com êxito em vários contextos nomeadamente em maternidades. A abordagem holística deste modelo torna-o aplicável a clientes que experimentam stressores complexos que afetam múltiplas variáveis do cliente, sendo possível aplica-lo à unidade familiar enquanto cliente (Freese, 2004).

Este modelo baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos, conseguindo o seu equilíbrio através de homeostase. Quando a harmonia do sistema é perturbada existe um processo de adaptação através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades. Quando este processo de equilíbrio falha e o organismo permanece em desarmonia, incapaz de satisfazer as suas necessidades durante muito tempo pode surgir a doença (Freese, 2004).

Para Neuman o *Stress* é uma resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito originado por stressores (inter, intra e extrapessoais) que podem ser negativos ou positivos e fazem com que exista um processo de adaptação ao problema independentemente da sua natureza (Freese, 2004).

No modelo de Sistemas de Neuman são contemplados três níveis de prevenção. A prevenção primária, que tem como objetivo proteger o organismo antes

deste se deparar com um stressor, reduzindo a possibilidade de o encontrar ou, em alternativa, de se fortalecer para o enfrentar e, assim, diminuir a sua reação ao stressor. A prevenção secundária tem como objetivo reduzir o efeito possível ou concreto dos stressores, através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença. A prevenção terciária visa diminuir os efeitos residuais do stressor após o tratamento (Freese, 2004).

Este Modelo considera que a pessoa é um sistema/cliente por um lado dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais, e de desenvolvimento, e por outro lado um sistema aberto em constante interação com o ambiente. Enquanto sistema o cliente pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou assunto (Freese, 2004).

Neuman considera que saúde é um contínuo que vai desde o bem-estar ao mal-estar dinâmico e constantemente sujeito à mudança. O bem-estar é atingido quando as necessidades do sistema total são atingidas (Freese, 2004).

Para a autora deste modelo o enfermeiro intervém intencionalmente e realizando uma abordagem completa da pessoa para ajudar os indivíduos, famílias e os grupos a atingirem o bem-estar. O enfermeiro atua em todas as variáveis que afetam as respostas do indivíduo ao *stress*. No entanto, os cuidados prestados pelo enfermeiro são influenciados pela forma como ele os percebe (Freese, 2004).

Durante a gravidez e TP a mulher está exposta a inúmeros stressores que poderão condicionar positiva ou negativamente o TP. Deste modo o EEESMO possui o conhecimento necessário para estar sensível e desperto para a sua presença. O EEESMO pode intervir junto da mulher/casal facilitando a aprendizagem e ajudando no desenvolvendo de habilidades, respeitando as suas preferências, incentivando a mulher a ter um papel mais ativo no seu TP e apoiando os familiares que acompanham a mulher. No que respeita ao ambiente, o EEESMO é responsável por cria-lo favorável, a fim de ser possível aumentar o nível de bem-estar. Este proporciona um ambiente calmo, estabelece uma relação de confiança e de respeito mútuo, realiza uma correta avaliação da mulher em TP por forma a reduzir a possibilidade de medicalização em excesso, assim como intervenções desnecessárias que poderão condicionar a progressão natural do TP.

### **3. METODOLOGIA**

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (Art.º 88º) durante a prestação de cuidados este tem o dever de procurar em todos os seus atos a excelência do exercício profissional, pelo que deverá procurar realizar a sua prática baseada na evidência científica mais recente.

A investigação é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões que pretendemos compreender e aprofundar. A metodologia da investigação é o modo sobre o qual se realizará a dita investigação (Fortin, 2009).

Neste projeto a metodologia utilizada é a metodologia qualitativa, uma vez que esta tem por finalidade chegar à compreensão alargada dos fenómenos tal como são vividos e relatados pelos participantes (deambulação durante o TP). Neste tipo de metodologia o investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta, não o mede nem o controla. (Fortin, 2009; Streubert e Carpenter, 2011). A realidade é descoberta a partir de um processo dinâmico, que consiste na interação com os indivíduos no meio, e daí resulta um conhecimento relativo e contextual (Fortin, 2009).

#### **3.1. Contextualização**

O Estágio com relatório foi desenvolvido num Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica e Bloco de partos.

Do ponto de vista físico o serviço encontra-se localizado no 2º piso do hospital, inserido no departamento materno-infantil. A urgência obstétrica/ginecológica é composta por uma sala de espera, 2 salas de admissão de utentes, 1 sala onde é realizada monitorização cardiotocográfica externa, vestiários para as utentes e 4 sanitários. O bloco de partos é constituído por 1 bloco operatório, 5 salas para as mulheres em TP, 5 sanitários (estando os mesmos localizados entre cada duas salas

de TP (favorável à prática da deambulação entre a sala de parto e o wc pois a mulher é obrigada a sair da sala de parto para satisfazer a necessidade de eliminação), um corredor amplo, facilitador da deambulação, e com bastante luminosidade natural em frente às salas de parto, uma sala de trabalho de enfermagem com central de monitorização cardiotocográfica, uma sala de preparação de terapêutica e duas salas de vigilância, sendo uma destinada à vigilância das mulheres durante o puerpério imediato que tiveram partos vaginais e outra destinada principalmente a mulheres que tiveram partos por cesariana.

A sala destinada à mulher em TP é ampla, não possui janelas (sendo sua iluminação artificial), possui uma cama, um cadeirão, um armário com material e uma bancada que permite realizar os cuidados imediatos ao recém-nascido. Em cada uma das salas as mulheres podem ouvir música, se assim o desejarem.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros (18 EEESMO e 7 enfermeiros de cuidados gerais) e equipa médica (pediatras, anestesistas, Obstetras) e Assistentes Operacionais.

### **3.2. Objetivos e atividades planeadas**

O projeto desenvolvido no âmbito do Estágio com Relatório tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos e competências do EEESMO promotoras da deambulação durante o TP. Sendo o projeto de estágio dinâmico ao longo do tempo houve necessidade de redefinir objetivos e atividades para este projeto mencionados seguidamente.

Objetivo: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito da promoção da deambulação durante o TP, que potenciem a sua progressão. Atividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica e em bases de dados;
- Reuniões com o enfermeiro orientador, docente e EEESMO na área;

- Entrevistas aos EEESMO;
- Entrevistas às parturientes;
- Observação participante da mulher a deambular durante o TP;
- Reunião com os enfermeiros do Bloco de Partos para partilha da evidência encontrada sobre os contributos da deambulação para a progressão do TP e discussão dos benefícios da deambulação;
- Reunião com grávidas para partilha da evidência encontrada sobre os contributos da deambulação para a progressão do TP e discussão dos benefícios da deambulação;
- Elaborar um *poster* com a descrição dos benefícios da deambulação durante o TP, a colocar na enfermaria de grávidas;
- Incentivar as parturientes a deambular durante o TP;
- Solicitar autorização ao CHA para utilização dos aparelhos de telemetria.
- Contatar empresa a fim de solicitar aparelhos de telemetria;

### **3.3. Atividades desenvolvidas**

Neste ponto serão descritas e analisadas a forma como foram desenvolvidas as atividades concretizadas.

#### **3.3.1. Revisão Sistematizada da Literatura**

Segundo Streubert e Carpenter (2013), a revisão de literatura permite ao investigador conhecer os trabalhos publicados, os conceitos em estudo e preencher as lacunas da teoria emergente. Deste modo foi realizada uma revisão da literatura segundo a metodologia da revisão sistematizada da literatura.

A revisão da literatura foi norteada através da formulação da seguinte questão de investigação: Quais os contributos para a parturiente, da promoção da deambulação durante o TP pelo EEESMO?

A pergunta foi formulada tendo por base a mnemónica PICO (Quadro 1). É esta pergunta que vai orientar a pesquisa bibliográfica e a construção da investigação, permitindo ao profissional, localizar de modo rápido e cuidado a melhor informação científica disponível (Santos et al, 2007).

Quadro 1- Descrição das componentes do acrónimo PICO

<b>Acrónimo</b>		<b>Descrição das componentes</b>
<b>P</b>	População	Parturientes
<b>I</b>	Fenómeno de Interesse/ Intervenção	Promover a deambulação
<b>Co</b>	Contexto	Bloco de Partos

De modo a selecionar a melhor evidência científica, elaborou-se um protocolo de atuação (Quadro 2) onde estão presentes as palavras-chave, a estratégia de busca, as bases de dados e horizonte temporal.

Quadro 2 – Protocolo de Atuação

<b>PERGUNTA PICO</b>	<b>Quais os contributos para a parturiente, da promoção da deambulação durante o TP pelo EEESMO?</b>	<b>Palavras- chave</b>		TP (labour/labor, obstetric); deambulação (ambulation/walking/mobilization); EEESMO (nurse, midwife, midwifery)
		<b>Estratégia de busca</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artigos em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola</li> <li>• Artigos relacionados com a progressão do TP</li> <li>• Artigos completos</li> </ul>
			<b>Critérios de exclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artigos não científicos</li> <li>• Fora do âmbito da temática</li> <li>• Artigos não disponíveis em texto integral para consulta</li> <li>• Duplicação de artigos</li> </ul>
			<b>Horizonte temporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2006– 2017</li> </ul>
		<b>Bases de dados</b>		Plataforma Ebscohost: CINAHL Plus with full text e MEDLINE with full text, Cochrane e MedicLatina

Procedeu-se à aplicação do protocolo de atuação tendo sido selecionados 22 artigos e, após a sua leitura integral, foram eliminados os artigos que não estavam relacionados com a temática em estudo, sendo selecionados 6 artigos que dão resposta à questão de investigação (Apêndice I).

De acordo com a RSL realizada por Lawrence (2013) onde estão incluídas 5218 mulheres, que foram encorajadas a permanecer de pé e em posições verticais móveis como sentar, andar entre outras, até ao momento do parto, quando comparadas com as que assumiram posições de litotomia, verificou-se que o 1º estadio do TP era aproximadamente de 1 hora 22 minutos mais curto. E, para as mulheres que andaram, comparativamente às mulheres que estiveram deitadas (posição supina ou decúbito lateral), a duração do primeiro estadio do TP foi aproximadamente 3 horas 57 minutos mais curto (3 estudos com um total de 302 mulheres). O mesmo autor verificou também que as mulheres que andaram comparativamente às mulheres que ficaram deitadas ou em decúbito lateral, tiveram menor dor, menos necessidade de realizar epidural, mais partos vaginais espontâneos e menos partos instrumentados, menos partos por cesariana e os seus bebés tiveram menos necessidade de cuidados intensivos neonatais (Lawrence A, 2013). Lawrence et al (2009) realizou também RSL onde foi incluído um total 3760 mulheres tendo as conclusões sido sobreponíveis às anteriormente referidas.

Segundo o estudo prospetivo randomizado realizado por Regaya et al (2010), onde foi incluído um total de 200 parturientes com gestações não complicadas, verificou-se que as que puderam deambular até aos 6cm de dilatação comparativamente com as que permaneceram confinadas à cama, em decúbito dorsal ou lateral, apresentavam redução do primeiro estadio do TP, da dor, consumo de ocitocina e da taxa de partos por cesariana. Além disso os recém-nascidos das mães que deambularam exibiam melhor índice de Apgar ao 1º e 5º minuto (Regaya et al., 2010).

O autor Mamede et al., (2007) realizou um estudo quase experimental com uma população de 80 primigestas com idade gestacional de 37 a 42 semanas, gestação única, ausência de intercorrências gestacionais, feto vivo em apresentação cefálica de vértice com boa vitalidade, liquido amniótico claro, com duas ou mais contrações



de intensidade média a cada 10 minutos e ou dilatação cervical de 3 a 5 cm. Em cada uma das mulheres foi colocado um pedómetro durante a fase ativa do TP que registou a distância percorrida até ao final da mesma. Neste estudo, Mamede verificou que a distância percorrida durante as primeiras 3 horas da fase ativa está associada ao encurtamento do TP, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda e 6 minutos na terceira hora. Neste estudo o pesquisador permaneceu com as 80 parturientes, estimulando a deambulação e, mesmo tendo a liberdade de interromper a deambulação as parturientes percorreram cerca de 63,09% da fase ativa do TP numa média de 5 horas, o que revela a importância do estímulo oferecido às mulheres durante todo o TP pelo acompanhante, ou profissional de saúde.

Os autores Wei, Gualda e Junior (2011), realizaram um estudo descritivo exploratório numa população de 35 mulheres, onde se pretendia conhecer a experiência e perceção relativamente à deambulação e dieta durante o TP. Neste estudo, mais de metade das mulheres, referiu que a movimentação e a deambulação são benéficas durante o TP, contribuindo para aliviar a dor e progressão. Enquanto que para as restantes, a posição vertical gerou insegurança no momento das contrações, devido ao medo de o bebé cair no chão. O incentivo dado pela equipa para a deambulação, foi percebido como importante para a evolução do TP.

O autor Wilson et al., (2009) quiseram relacionar os três tipos de tipos de epidural com a mobilidade e deambulação das mulheres durante o TP. Deste modo efetuaram um estudo randomizado controlado com 1052 mulheres que solicitaram epidural. Neste estudo os autores concluíram que a preservação da função motora e sensorial oferece uma plausível explicação para a redução dos partos instrumentados; andar e adotar posições verticais durante o TP pode aumentar a probabilidade de partos vaginais espontâneos; o efeito da gravidade favorece um *feedback* natural e fisiológico através de um mecanismo endócrino e neurológico (libertação de prostaglandinas e reflexo de Ferguson); na posição vertical existe uma melhoria da perfusão uterina pela limitação da compressão da veia cava e artéria aorta resultando em contrações uterinas mais coordenadas e fortes que podem ajudar na expulsão do feto.

### 3.2.2. Elaboração de um Poster

Posteriormente à realização da revisão de literatura e evidência recolhida na mesma, realizou-se um *poster* com o objetivo primordial de promover a deambulação durante o TP entre as mulheres/companheiros que recorrem ao Hospital onde se realizou o estágio com relatório, dando a conhecer os benefícios da deambulação durante o TP. Assim, este *poster* foi colocado na sala de espera do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica do referido Hospital, para poder ser visualizado pelas mulheres/companheiros (Apêndice II).

### 3.2.3. Reunião com as grávidas

No Hospital onde se realizou o Estágio com relatório são realizadas sessões de preparação para o parto e parentalidade. Após dialogar com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora do Estágio, achou-se pertinente integrar nas sessões previstas, uma elaborada pela autora, tendo como objetivo geral promover a deambulação no TP e objetivos específicos identificar os conhecimentos das parturientes sobre os benefícios da deambulação para a progressão do TP e divulgar os seus benefícios. Nesta sessão estiveram presentes 19 Mulheres e 5 acompanhantes. No início da sessão tentou compreender-se quais os conhecimentos das grávidas relativamente aos benefícios da deambulação no TP. Os contributos obtidos nesta reunião foram registados em de notas de campo, em que foram salientados os seguintes benefícios: melhor oxigenação feto e mãe, favorecimento do encaixe do feto e dilatação. Durante a sessão foram abordadas e discutidas todas as vantagens da deambulação no TP (Apêndice III).

### 3.3.4. Reunião com Enfermeiros do Bloco de Partos

A reunião com os Enfermeiros do Bloco de Partos teve como objetivo geral a promoção da deambulação durante o TP e como objetivos específicos partilhar com

os enfermeiros a evidência encontrada sobre os benefícios da deambulação durante o TP e debater essa mesma informação (Apêndice IV).

Esta reunião foi uma excelente oportunidade de partilha e discussão, resultando num momento de reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem relativamente à temática em questão.

Nesta reunião estiveram presentes 5 Enfermeiros, 3 EEESMO e 2 enfermeiros de cuidados gerais. Durante a reunião os Enfermeiros presentes mostraram-se recetivos e foram reconhecidos os benefícios da deambulação para a progressão do TP. No entanto, foram apontados como principais obstáculos a monitorização *wireless*, inexistente no serviço, e a vontade da mulher em não querer deambular. As notas de campo foram utilizadas para recolha de informação considerada relevante.

### 3.3.5. Observação participante da mulher em TP que deambula

A observação constitui um elemento central do processo de investigação (Fortin, 2009). A seleção dos indivíduos na investigação qualitativa é realizada tendo em conta o fenómeno de interesse. Os indivíduos participantes são escolhidos com o objetivo de descreverem uma experiência em que participaram (Streubert e Carpenter, 2013). A recolha de informação pertinente foi obtida através de notas de campo realizadas.

Durante este estágio foram acompanhadas 118 mulheres no primeiro estadio do TP, sob a supervisão da minha orientadora. Entre estas 118 mulheres foi promovida a deambulação nas que reuniam condições para tal. Das mulheres que reuniam as condições para deambular, 79 mulheres optaram por fazê-lo conscientemente, ainda que por períodos variáveis. Apenas 1 não aceitou fazê-lo (optando por ficar deitada na cama). As restantes não reuniam condições para deambular.

O fator inviabilizador da deambulação mais comum foi a analgesia epidural, uma vez que impossibilita a deambulação e, nesta instituição, não está instituída a *walking epidural*. Além deste existiram outros constrangimentos relacionados com a

prática da deambulação, como sendo o CTG não tranquilizador, a REBA e simultaneamente feto não apoiado no colo, e feto em apresentação pélvica.

Dentro do grupo das mulheres que deambularam apenas uma pequena parte teve a iniciativa de o solicitar, todas as outras deambularam por sugestão e incentivo do EEESMO.

As mulheres que se encontravam na fase latente do primeiro estadio do TP que desejavam e reuniam condições para deambular, puderam fazê-lo livremente no corredor do bloco de partos com os seus acompanhantes. As mulheres que se encontravam na fase ativa do primeiro estadio do TP e deambularam, possuíam monitorização continua, pelo que, apenas podiam deambular aproximadamente num perímetro de dois metros, com a limitação da extensão dos fios do aparelho de cardiotocografia ou quando se procedia à desmonitorização para irem ao *wc*, caso as condições de normalidade do registo cardiotocográfico estivessem atingidas.

Entre as mulheres que optaram por deambular, uma delas pertencia ao grupo que realizou a preparação para o parto e parentalidade no hospital, tendo assistido à sessão para as grávidas que realizei acerca dos contributos da deambulação para a progressão do TP. Esta mulher solicitou a prática da deambulação quando foi encaminhada para a sala de parto e, uma vez que reunia as condições para o fazer, foi possível satisfazer a sua vontade.

Enquanto as mulheres deambulavam foi proporcionado apoio e incentivo e, nesse momento muitas delas referiram sentir as suas contrações mais intensas, mas menos dolorosas. De fato quando deambulavam enquanto monitorizadas com CTG, foi possível observar que as contrações apresentavam uma amplitude maior comparativamente a intensidade das contrações quando a mulher estava deitada na cama em decúbito dorsal ou lateral.

No que respeita à utilização da perfusão ocitócica durante o primeiro estadio do TP, nas mulheres que acompanhei e deambularam, esta foi administrada em doses baixas, tendo variado entre 10ml/h e 40ml/h. No entanto, período expulsivo foi necessário aumentar a dose.

Apenas uma mulher que acompanhei o TP e parto, que deambulou, teve um parto distócico por paragem de progressão, tendo sido utilizado fórceps com sucesso.

A duração da fase ativa do TP variou entre 32 minutos a 9 horas e 40 minutos (embora na maioria das vezes tenha variado num intervalo de 2 horas a 6 horas).

Na grande maioria as mulheres que acompanhei tinham realizado preparação para o parto e parentalidade, embora algumas referissem tê-la frequentado durante a primeira gravidez.

### **3.4. Análise e reflexão dos resultados na prática**

A OE (2006) considera que a prática é baseada em evidência científica quando incorpora a melhor evidência qualitativa e quantitativa em associação com a experiência, opinião de peritos, os valores e preferências das utentes, dentro dos recursos disponíveis. Assim, foi sobre esta base que foi possível dar resposta à questão de investigação e fundamentar a minha prática, com intuito de prestar cuidados de enfermagem de qualidade. Todos os momentos de reflexão e discussão, com a minha orientadora e em conjunto com outros EEESMO do serviço, foram fundamentais para a minha evolução ao longo deste ensino clínico.

De acordo com o modelo de Sistemas de Neuman, o EEESMO deve proteger o organismo (mulher) antes deste se deparar com um stressor, reduzindo a possibilidade de o encontrar ou, em alternativa, de se fortalecer para o enfrentar e assim diminuir a sua reação ao mesmo. Deste modo, durante o ensino clínico tive a preocupação de promover esta temática junto da mulher/casal/acompanhante, utilizando várias estratégias, com o objetivo de divulgar os benefícios da deambulação durante o trabalho, designadamente através da elaboração de um *poster* informativo colocado na sala de espera, da realização de uma sessão (incorporada na preparação para o parto e parentalidade do Hospital onde realizei o ensino clínico) para a mulher/casal e diariamente com todas as mulheres que cuidei durante o ensino clínico. O EEESMO tem um papel importante no aconselhamento e formação para a saúde junto da mulher/casal e família (ICM, 2013; OE, 2010). De acordo com Baker (2010) e Lawrence (2013) o EEESMO devem informar as mulheres das vantagens a curto e longo prazo da mobilização e adoção de posições verticais ao longo do TP, devendo destacar os efeitos adversos para as que permanecem na cama, contribuindo assim

para que estas possam tomar decisões informadas. Relativamente a este ponto penso que fui bem-sucedida, uma vez que as mulheres a quem prestei cuidados durante o TP compreenderam as vantagens da deambulação e da mobilização, tendo na sua grande maioria optado por fazê-lo livre e conscientemente. É importante levar em consideração a individualidade e a autonomia da escolha das mulheres, premissas básicas quando se procura o cuidado humanizado. Para além disto, o respeito pela perspetiva da mulher, associado à experiência do profissional e à evidência científica, são o fundamento para a construção de cuidados de saúde com qualidade (Wei, Gualda, & Junior, 2011).

No estudo de Mamede et al (2007) cuja amostra incluía uma população de 80 primigestas, durante a fase ativa do TP, o autor permaneceu com as mesmas estimulando a deambulação e, mesmo tendo a liberdade para a interromper, as parturientes percorreram cerca de 63,09% da fase ativa do TP numa média de 5 horas. Estudos revelam a importância do estímulo oferecido às mulheres durante todo o TP pelo acompanhante ou profissional de saúde. Deste modo tentei proporcioná-lo e penso que o apoio e incentivo oferecidos por mim foram determinantes e importantes para que a grande maioria das mulheres deambulasse durante o TP.

A evidência científica diz-nos que é benéfico para a mãe e para o feto, manter-se em movimento em posição vertical, uma vez que o útero se contrai mais eficazmente, existe maior fluxo de sangue que chega ao feto através da placenta, o tempo de TP é menor e a dor menos intensa (Lawrence, 2013; Mamede et al, 2007; Sabatino et al, 2000). E, de fato, durante o exercício da deambulação as mulheres referiram alguns dos benefícios descritos como o conforto, a redução da dor, o aumento da intensidade da contração (que se verificou em registo cardiotocográfico). Além do referido, presenciou-se trabalhos de parto não prolongados, em que a duração da fase ativa variou entre 32 minutos a 9 horas e 40 minutos.

No que concerne à utilização de ocitocina, a RSL realizada por Lawrence (2013) onde se incluem 5218 mulheres, diz que as que adotaram posições verticais em comparação com as que permaneceram deitadas tiveram menos necessidade de ocitocina na condução do TP. Na realidade, as mulheres que acompanhei durante o TP e que deambularam receberam efetivamente doses baixas de ocitocina.

## **4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA**

Neste capítulo pretende-se explanar o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, enquanto futura EEESMO, assim como refletir sobre o meu percurso de aprendizagem ao longo do ensino clínico.

### **4.1. No âmbito de processos de saúde/doença ginecológica**

Segundo o Regulamento nº 122/2011, compete ao EEESMO promover a saúde ginecológica, prevenir e diagnosticar precocemente complicações e, providenciar cuidados à mulher e família a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

Durante o ensino clínico, no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecológica, foram aprofundadas as competências desenvolvidas nos ensinamentos clínicos I e IV.

No âmbito da ginecologia, de entre os motivos mais comuns pelos quais estas mulheres recorreram à urgência estão as infeções urinárias e vaginais, abortos retidos ou espontâneos e metrorragias. Assim prestei cuidados em colaboração com a equipa multidisciplinar, realizei o acolhimento à mulher e convivente significativo, estabelecendo uma relação de confiança, mostrando disponibilidade, empatia e garantindo a sua privacidade. Procurei momentos oportunos de promoção da saúde, estimulando a adoção de estilos de vida saudáveis, divulgando os recursos existentes na comunidade. Estes momentos são revestidos de grande importância pois se bem desenvolvidos ir-se-ão traduzir em ganhos de saúde, cuidados de qualidade e satisfação da mulher e família.

O contacto com a mulher e família na urgência é fugaz, no entanto em cada situação procurei identificar em conjunto com a mulher e família quais eram os elementos stressores que estivessem a interferir no seu equilíbrio e bem-estar. Uma vez identificados os elementos stressores e em conjunto com a mulher e família foi procurado identificar recursos internos e externos que visassem reduzir o efeito dos

mesmos e aumentar os fatores de resistência, implicando para isso os fatores interpessoais, extrapessoais e ambientais.

No âmbito da obstetrícia, os motivos mais frequentes pelos quais as mulheres recorrem ao serviço de urgência foram a contratilidade uterina, diminuição dos movimentos fetais, perdas hemáticas, rotura de bolsa de água, entre outros.

Na admissão é realizada a observação física, emocional e obstétrica. Neste primeiro contacto são avaliados os sinais de início de TP (se aplicável) e rotura de bolsa amniótica, frequência e início das contrações, movimentos fetais, índice obstétrico, idade gestacional, vigilância da gravidez (consultado o boletim individual da grávida assim como eventuais exames que esta tenha realizado no hospital), história obstétrica e ginecológica anterior, grupo de sangue, antecedentes pessoais relevantes e alergias. Em complemento são avaliados os sinais vitais, pesquisa de edemas não fisiológicos, altura de fundo uterino, manobras de Leopold e realizada cardiotocografia.

No que respeita à promoção da saúde da grávida, foram abordados em momentos chave os sinais de alerta de acordo com a idade gestacional, estilos de vida saudáveis na gravidez, alimentação na gravidez, sexualidade, alívio dos desconfortos na gravidez.

Em determinadas situações houve necessidade de proceder à transferência para outros serviços tal como o serviço de internamento de ginecologia, internamento de grávidas, ou Bloco de partos, tendo sido sempre assegurada a articulação e continuidade dos cuidados.

Penso que o EEESMO pode ter na Urgência Obstétrica e Ginecológica um papel autónomo e relevante pelas suas competências específicas e por ser detentor de um conhecimento atual, baseado na evidência científica e, especializado na área da ginecologia e Obstetrícia.



## **4.2. Nos três estadios de Trabalho de Parto**

De acordo com a OE (2015) as intervenções e apoio do EEESMO à mulher em TP influenciam diretamente a forma se desenvolve e como esta o encara, assim este tem o dever de prestar cuidados centrados na mulher e baseados na evidência científica mais recente.

O acolhimento da mulher e convivente significativo na sala de parto, foi realizado de uma forma tranquila e agradável a fim de o primeiro impacto num ambiente estranho fosse sentido pela mulher e convivente significativo como positivo, contribuindo para o estabelecimento de uma relação empática com ambos. Promoveu-se um ambiente calmo, assegurou-se a privacidade, ajustou-se a luminosidade e temperatura de acordo com a sua preferência.

O hospital no qual realizei o ensino clínico organiza uma visita para as grávidas ao bloco de partos. Esta atividade permite as mulheres conhecerem o espaço e alguns profissionais, nomeadamente os EEESMO. Este conhecimento prévio oferece a estas mulheres alguma tranquilidade, uma vez que o ambiente e os EEESMO que as vão receber e cuidar no bloco de partos, deixam de ser desconhecidos.

O EEESMO promove a saúde da mulher durante o TP otimizando a sua adaptação, atuando de acordo com o plano de parto (OE, 2010b). O plano de parto corresponde a um documento escrito, onde a mulher descreve os seus desejos e expectativas para o momento do parto assim como para com o trabalho do EEESMO. Este documento é um instrumento orientador para os profissionais que a irão assistir a mulher em TP e parto. (APO, 2009; OE, 2015) A grande maioria das mulheres que acolhi no bloco de parto não apresentavam um plano de parto escrito, então, em parceria com as mesmas, procurei descobrir quais os seus desejos e preferências e sempre que possível ir ao seu encontro. Neste sentido no decorrer do TP foram abordados temas como a monitorização fetal, as estratégias de alívio da dor farmacológicas e não farmacológicas, o processo do TP e parto, as posições a adotar (enfatizando a liberdade de movimentos e a deambulação), o contacto pele a pele, a laqueação e corte do cordão, o estabelecimento da amamentação na primeira meia hora de vida, entre outros assuntos que fossem pertinentes e do interesse da mulher

e convivente significativo. Procurei envolver sempre este último neste processo, de forma ao próprio poder ter uma postura ativa e prestar um apoio efetivo à mulher. No entanto se algum ponto do plano de parto colidisse com o bem-estar materno-fetal, era discutido com a mulher no sentido de se alcançar em conjunto alternativas que o garantissem. Em suma, todo este processo de negociação vai permitir o estabelecimento de uma importante relação de confiança entre o casal e o EEESMO, e, ao mesmo tempo faz com que a mulher se sinta valorizada e envolvida na tomada de decisão sobre si própria e sobre o parto (OE, 2015). Esta abordagem permite conhecer as necessidades da mulher e colaborar com ela para que as mesmas sejam satisfeitas e sendo assim atingida a harmonia do organismo.

Os cuidados centrados no cliente, implicam uma adequação dos mesmos às suas necessidades individuais, preocupação em informar e empoderar a mulher de forma a capacitá-la para decisões informadas, assim como o compromisso de promover um TP e parto fisiológico (OE, 2015).

Neste Ensino Clínico foram prestados cuidados a mulheres no 1º estadio do TP (fase latente e ativa). Uma vez que este bloco de partos tem um reduzido número de partos anual, surgiu oportunidade de poder prestar cuidados especializados de um para um, em alguns turnos. Esta forma de assistir a mulher permite um acompanhamento contínuo pelo EEESMO que está associado a maior, satisfação, autoconfiança e capacidade de coping da mulher, e menor, tempo de TP, intervenções, recurso a epidural, número de partos instrumentados e cesarianas (OE, 2015).

A compreensão do processo normal do nascimento é fundamental para que o EEESMO possa prevenir, detetar e intervir em situações de desvio à normalidade (Lowdermilk e Perry, 2009). O partograma é uma ferramenta essencial durante o TP, pois permite a avaliação, condução do TP e diagnóstico (OE, 2015). Neste instrumento são registados periodicamente os sinais vitais maternos, fármacos e fluidos administrados, eliminação vesical, hora da rotura de bolsa e características do líquido amniótico, a dinâmica uterina, frequência cardíaca fetal e grau de insinuação do feto, apresentação e variedade.

A monitorização da evolução do TP foi realizada através de uma avaliação das alterações de comportamento e vocalizações maternas, do padrão respiratório, da

descida da melhor posição para a auscultação fetal e da observação vaginal. A observação vaginal é um exame invasivo, gerador de desconforto, de *stress* e de potencial infeção (Lowdermilk e Perry, 2009 e APEO, 2009). Assim só foi realizado quando estritamente necessário, sobe autorização prévia da mulher, de acordo com os sinais emitidos pela mesma, se rotura de membranas ou pelas características CTG. Este exame é importante pois permite verificar se as membranas estão íntegras, analisar as características do colo uterino e do canal de parto, grau de insinuação, apresentação e variedade do feto. Na execução desta técnica foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente no que respeita à avaliação colo quando a mulher se encontrava numa fase inicial do TP e o colo se encontrava numa posição posterior, na identificação do plano, variedade da apresentação fetal e identificar as compatibilidades feto-pélvicas. A primeira e segunda dificuldade referidas foram sendo superadas ao longo do ensino clínico, contudo a terceira e quarta necessitam de ser melhoradas, mas penso que com a prática futura iram ser superadas.

O TP constitui para o feto um período de *stress* fisiológico, assim é essencial a monitorização do seu estado. A fim de promover a saúde do recém-nascido devem ser prevenidas situações de sofrimento fetal (Lowdermilk e Perry, 2009). Durante o TP o bem-estar fetal pode ser avaliado através da resposta da frequência cardíaca fetal às contrações uterinas sob múltiplas circunstâncias (Graça, 2010). Esta resposta pode ser monitorizada através de Auscultação intermitente, CTG contínuo e através da monitorização interna (Lowdermilk e Perry, 2009).

Antes da colocação de cada CTG foram sempre realizadas as manobras de Leopold, para que fosse localizado o dorso fetal e por conseguinte o ponto de intensidade máxima da FCF e assim obter um registo e interpretação de CTG fidedignos.

A interpretação do registo cardiotocográfico é complexo e implica um conhecimento profundo da fisiologia e fisiopatologia do feto, assim como treino de interpretação (Graça, 2009). A interpretação do registo compreende diversos fatores como tempo de gestação, as modificações causadas pelos ajustamentos cardiovasculares, por patologia materna (ex. pré-eclampsia) ou fetal, efeitos provocados por fármacos administrados à mãe (ex. narcóticos reduzem a variabilidade da FCF), tipo e fenómeno agressor (ex. hiperestimulação uterina), o tipo

de resposta fetal antecedente (presença ou não de variabilidade normal e de acelerações da FCF).

Durante o ensino clínico houve necessidade de aprofundar conhecimentos relativamente esta temática através da pesquisa bibliográfica e observação, análise e discussão conjunta dos vários registos CTG com a minha orientadora. Sempre que foram identificados traçados não tranquilizadores (taquicardia e bradicardia fetal, desacelerações tardias, variáveis, prolongadas, variabilidade reduzida ou ausente) procurou-se identificar a causa e corrigi-la sempre que possível, ao mesmo tempo que se referenciaram à equipe médica as situações que estavam fora da área de atuação do EEESMO.

Durante o cuidado à mulher em TP foram promovidos cuidados individualizados e não apenas por rotina.

A dor sentida pela mulher durante o TP é específica de cada mulher e pode ser influenciada por vários fatores nomeadamente fisiológicos, culturais, ansiedade face ao TP e parto, experiência anterior, existência ou não de preparação para o parto, conforto, apoio e ambiente. É importante conhecer e compreender a cultura (crenças, valores, praticas) da mulher e de como a dor é encarada nesse contexto (Lowdermilk e Perry, 2009). A ansiedade está associada ao aumento da dor durante o TP e pode ser causada por experiência de parto anterior negativa. Quando moderada é considerada normal, no entanto a presença de medos excessivos levam a uma maior secreção de catecolaminas que através de mecanismos fisiológicos vão potenciar a dor. Assim à medida que o medo e a ansiedade aumentam eleva-se a tensão muscular, que por sua vez potencia a dor, criando-se assim um ciclo vicioso que vai atrasar o TP podendo a mãe vivenciar este momento como negativo (Lowdermilk e Perry, 2009).

No cuidado à mulher em TP as estratégias de alívio da dor foram sendo negociadas com a mesma de acordo com a sua preferência. Neste processo de negociação foi-lhe explicado os benefícios e riscos dos vários métodos de alívio da dor para que pudesse fazer uma escolha informada.

No que respeita aos métodos de alívio da dor não farmacológicos foram adotados a deambulação, a liberdade de movimentos, a bola de nascimento, a

massagem, as técnicas respiratórias, musicoterapia e o apoio contínuo. No uso destes métodos foi promovido o envolvimento do acompanhante de forma a ter um papel ativo durante o TP. Em algumas ocasiões estes métodos mostraram-se eficazes no alívio da dor, tendo a mulher excluído os métodos de alívio da dor farmacológicos. No que concerne a estes últimos, foram desenvolvidos em colaboração com a equipa médica (Obstetra e Anestesista), como seja a administração de terapêutica analgésica endovenosa e epidural.

Há medida que o TP avança a mulher naturalmente reduz progressivamente a ingestão de alimentos. Esta autorregulação diminui o nível de *stress* e promove um sentimento de autocontrolo (APEO, 2009). Por outro lado a ingestão de alimentos, satisfazem de forma mais eficaz, as necessidades de hidratação e energéticas do que fluidos endovenosos (Lowdermilk e Perry, 2009). No 1º estadio do trabalho de parte durante a fase latente foi promovida a ingestão de refeições leves, e, na fase ativa do TP foi oferecido chá, água, e em caso de parturiente de baixo risco poderam ingerir bolachas.

O 2º estadio do TP começa com a dilatação cervical e apagamento completos e termina com o nascimento (Lowdermilk e Perry, 2009). Segundo RCEEESMOG (2010), o EEESMO emprega as técnicas adequadas na execução do parto em apresentação cefálica e em situação de urgência parto pélvico.

No ensino clínico realizei 44 partos em apresentação cefálica, no que respeita à execução de parto em apresentação pélvica, apenas tive a oportunidade de observar e treinar em manequim na sala de aula.

Quando a dilatação se encontrava completa foi respeitado o natural processo do decorrer do TP aguardando a necessidade da mulher em realizar esforços expulsivos, mas no caso desta ter optado pela analgesia epidural e não sentisse vontade de realizar esforços expulsivos, estes eram por mim orientados.

O momento do parto é um período crítico e de alguma tensão pelo que foi importante o estabelecimento de uma forte relação de confiança, que foi sendo construída ao longo da vigilância do TP, com a mulher e acompanhante.

Antes de a mulher iniciar os esforços expulsivos promoveu-se a eliminação vesical, pois a bexiga distendida é um obstáculo a progressão do TP. Sempre que a

mulher reunia condições de deambular era incentivada a urinar no wc, evitando-se a cateterização vesical pelo risco de lesão da uretra quando a apresentação fetal está muito baixa, além de aumentar o risco de infeções urinárias.

Neste período foram estimuladas várias posições de acordo com preferência da mulher, no entanto a mais comumente usada foi a posição lateral. Embora a execução do parto tenha sido sempre em posição semi-sentada.

Após a coroação foi sempre promovida a proteção ativa do períneo, realizando a manobra de Ritgem modificada para uma expulsão controlada e redução do risco de lesão perineal. Depois da expulsão da cabeça foram pesquisadas circulares cervicais do cordão e, caso fossem apertadas, procedia-se ao clampe e corte do cordão, de caso contrário, procedia-se à clampagem tardia do mesmo (corte entre 1 a 3 minutos após ter deixado de pulsar). Em caso de aceitação ou desejo manifestado pelo pai, o corte era realizado por este. Este corte tardio do cordão permite ao recém-nascido favorecer os níveis séricos de ferro.

A episiotomia foi realizada apenas com consentimento materno e, se necessário abreviar o tempo de período expulsivo por sofrimento fetal ou se previsse lesão iminente de laceração ou laceração grave. Neste período de aprendizagem realizei episiotomias e respetiva episiorrafia, e correção de lacerações de grau I e II após verificação da integridade do canal de parto. A realização desta técnica foi sendo aperfeiçoada ao longo do ensino clínico, tanto do tempo como na técnica em si, embora necessite de maior aperfeiçoamento que penso que pode ser suprimido com a prática futura. A execução perfeita desta técnica contribui para a ausência de sequelas a nível físico, como a dispareunia.

O EEESMO deve ser capaz de resolver determinadas situações de emergência afim de otimizar a saúde da mãe e recém-nascido (ICM, 2010). Durante o ensino clínico intervi numa situação de distócia de ombros que foi resolvida com a manobra de McRoberts.

Ao EEESMO compete a avaliação da progressão do TP, pelo que numa situação houve necessidade de referenciar por paragem de progressão à equipa médica, tendo culminado num parto por fórceps.

Em algumas situações procedeu-se à colheita de sangue do cordão umbilical para colheita de células estaminais para criopreservação, ou para determinação do grupo sanguíneo em caso de mãe Rh- a fim de promover a prevenção da incompatibilidade Rh.

O 3º estadio de TP vai desde o nascimento até a expulsão da placenta. O grau de perda de sangue depende da rapidez com que a placenta se desprende da parede uterina e da eficiência das contrações em volta do leito placentário durante e após a separação (APEO, 2009). De acordo com as recomendações da OMS (2015) para prevenir a hemorragia pós-parto o EEESMO deve estar habilitado para a realização do manuseamento ativo da dequitação. Durante o ensino clínico procedeu-se da forma anteriormente referida, tendo sido realizada tração controlada do cordão umbilical, e utilizados fármacos uterotómicos nomeadamente ocitocina. Posteriormente à dequitação foi realizada massagem uterina e avaliação da presença do globo de segurança de Pinard. Depois era realizada a inspeção da integridade da placenta (cotilédones e membranas). Durante o ensino clínico tive uma situação de retenção de placenta pelo que esta situação foi referenciada à equipa médica que realizou dequitação manual. A dequitação manual também pode ser realizada pelo EEESMO mas apenas em situação de emergência.

Seguidamente à dequitação realizou-se a avaliação da integridade do canal de parto e quando necessário à sua reparação, referenciando situações que estavam fora da área de competência do EEESMO como por exemplo a reparação de lacerações de grau III.

#### **4.3. No processo de transição e adaptação à parentalidade durante o período pós-natal**

De acordo com Lowdermilk e Perry (2009) o período pós-parto vai desde o nascimento do bebé ao retorno ao estado normal dos órgãos reprodutores da mulher.



Em contexto de bloco de partos, o período pós-natal corresponde ao 4º estadio do TP e compreende as primeiras duas horas a seguir ao nascimento. Durante estas horas a puérpera e recém-nascido ficam sob a vigilância do EEESMO (OE, 2015).

A promoção um ambiente calmo, a privacidade e conforto da mulher e família foi uma das minhas preocupações. É um período de transição delicado em termos físico, psicológico e social, pois surgem alterações profundas em toda a esfera da mulher e família, cabendo ao EEESMO promover a sua adaptação de modo a que seja atingida a sua harmonia. Assim este é um momento privilegiado para promover a vinculação ao recém-nascido, de partilha informação relativamente aos cuidados ao recém-nascido, recursos existentes na comunidade, com a mãe e acompanhante.

O contacto pele a pele foi promovido, informando a mãe e acompanhante acerca dos benefícios e vantagens para a mãe e recém-nascido e se a mulher o desejasse era iniciado após o nascimento.

Em momentos chave foram abordados com a puérpera alguns temas relacionados com, a promoção da saúde da puérpera e recém-nascido como, amamentação (sinais de boa pega, prevenção de lesões nos mamilos, características do leite materno, posicionamento, alimentação da mãe, e, sinais de ingurgitamento e mastite e cuidados inerentes) os cuidados ao períneo (higiene íntima, sinais de infeção), lóquios (reconhecimento de situações anómalas), desconfortos e formas de os aliviar, sexualidade e contraceção, as alterações emocionais (quais são e como lidar com elas), vigilância de saúde, alimentação do recém-nascido (sinais de fome, frequência, posicionamento, sinais de boa pega, e se necessário informação sobre a preparação de leite artificial), alguns cuidados de higiene ao recém-nascido, entre outros.

Durante este período foram avaliados os sinais vitais, a pele e mucosas, as mamas e presença ou ausência de colostro, a tonicidade uterina, a quantidade e características dos lóquios, o períneo (na presença de edema e dor foi sempre aplicado gelo como medida de conforto), a episiorrafia ou rafia de possíveis lacerações, a eliminação vesical (na presença de globo vesical ou não de globo vesical e seu esvaziamento se necessário). Os cateteres venosos são removidos tal como o epidural (se a mulher optou pela analgesia epidural).



No que respeita aos cuidados ao recém-nascido saudável foi promovida a sua adaptação à vida extrauterina promovendo, clampagem tardia do cordão umbilical, um padrão respiratório eficaz através da drenagem passiva das secreções, ambiente térmico adequado através de ambiente envolvente aquecido e contacto pele a pele, estabelecimento da amamentação precoce e prestados os cuidados imediatos ao recém-nascido.

Após cuidados a puérpera e do recém-nascido, se estivessem estáveis eram encaminhados para a enfermaria de puérperas.

Neste ensino clínico prestei cuidados a 62 puérperas e 59 recém-nascidos.

#### **4.4. Na promoção da deambulação durante o Trabalho de parto**

Durante o ensino clínico, procurei desenvolver e aprofundar conhecimentos no que respeita à forma como a prática da deambulação pela mulher poderia contribuir positivamente para progressão do trabalho de parto melhorando as possibilidades de um parto normal. Desenvolvi e aprofundei as minhas competências cognitivas através de uma revisão crítica de literatura e uma revisão sistematizada da literatura que me permitiu chegar à evidência científica mais recente. A evidência científica encontrada acerca deste tema serviu como base de desenvolvimento do projeto que me propus a desenvolver.

Em discussões informais com a minha orientadora assim como com outros EEESMO, procurei refletir em conjunto acerca da evidência encontrada a fim de aumentar o meu conhecimento a partir de Enfermeiros Especializados que conheciam muito bem o contexto físico e populacional em que pretendia desenvolver o meu projeto.

Relativamente ao contexto onde desenvolvi este projeto deparei-me com limitações como sendo a ausência de aparelhos de telemetria, assim procurei ser proactiva, contactando duas empresas para tentar obter aparelhos de telemetria, e, como isso não foi possível, solucionei este problema incentivando a mulher a deambular mesmo com aparelhos CTG tradicionais. Não era a solução ideal, uma vez

que só podiam deambular num raio de aproximadamente 2 metros, mas foi a solução encontrada em alternativa ao tradicional decúbito dorsal e lateral no leito. O Royal College of Midwives aconselha as parteiras a serem pró-ativas, devendo demonstrar, encorajar e apoiar, com exemplos de como as mulheres se deveriam manter em posição vertical quando possuem monitorização eletrónica, infusão endovenosa e diferentes métodos de analgesia que possam afetar a mobilidade (RCM, 2012).

Neste ensino clínico melhorei a capacidade de falar em grupo, de comunicar os conhecimentos obtidos, através de um raciocínio claro e sem ambiguidades, quando promovi os contributos da deambulação para a progressão do TP, em reunião para as grávidas e para os EEESMO e Enfermeiros de Cuidados Gerais, em resultado de que dessa transmissão de conhecimentos uma das mulheres grávidas que esteve presente e participou na reunião decidiu autonomamente deambular durante o trabalho de parto. O sucedido permitiu-me compreender que consegui não só transmitir o conhecimento, como a motivação para o fazer e, para a capacidade de o decidir, fazendo prevalecer a seu desejo.

## 5. LIMITAÇÕES

A prática da deambulação apresenta benefícios claros para a mulher em TP e para o feto. No entanto, surgiram alguns obstáculos no local de estágio que limitaram esta prática, como sejam o desconhecimento dos seus benefícios por parte da mulher/casal da deambulação durante o TP, a inexistência de profissionais sensibilizados para a prática da *walking epidural*, inexistência de aparelhos de telemetria e uso de cardiotocografia contínua em todas as mulheres na fase ativa do primeiro estadio do TP. Relativamente ao desconhecimento dos benefícios da deambulação foi elaborado um *poster* informativo e posteriormente colocado na sala de espera do serviço e realizada uma sessão para as grávidas/companheiros acerca dos benefícios da deambulação.

A grande maioria das mulheres optou por realizar analgesia epidural, tornando assim impossível a deambulação, já que nesta instituição não se executa a *walking epidural*. Durante o estágio foi abordada esta questão com um dos anestesistas de forma informal, mas sem sucesso.

A inexistência de aparelhos de telemetria e a monitorização contínua em todas as mulheres na fase ativa do TP também acabou por condicionar a deambulação. Não impossibilitou, uma vez que as mulheres que reuniam condições e vontade de deambular fizeram-no. Todavia, apenas aproximadamente num raio de 2 metros correspondente à distância entre o cardiotocógrafo e os seus transdutores.

Durante o período de estágio foram contactadas duas empresas de aparelhos de telemetria uma estrangeira e outra portuguesa, com o objetivo de obter um ou mais aparelhos de telemetria para teste, mas sem sucesso pois a primeira não obteve resposta ao correio eletrónico enviado e a na segunda a empresa após vários contactos telefónicos não facultou os aparelhos.

No projeto estava previsto realizar entrevistas às grávidas e aos enfermeiros. No entanto não foram realizadas, por não ter sido realizado por mim o pedido de autorização para realização das mesmas. Deste modo foram promovidos momentos de reflexão ao longo do estágio com a minha enfermeira orientadora e recolha de dados através de notas de campo. A informação obtida em ambas as reuniões

(Grávidas e Enfermeiros) e que foi considerada importante incluir neste relatório, foi realizada sem autorização prévia dos participantes, pelo que se considera uma limitação deste relatório.

## **6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS**

Na enfermagem não existem cuidados sem a componente ética que os orienta. A ética em enfermagem visa essencialmente a qualidade dos cuidados prestados que devem assegurar o bem-estar do utente e família. Estes cuidados visam, em primeiro lugar, a ajuda na adaptação aos processos de vida e às situações de saúde/doença experienciados pela pessoa enquanto alvo de cuidados, não esquecendo a colaboração com outros profissionais na resolução de problemas de saúde (Mendes, 2009).

De acordo com o Artigo 8º do REPE o enfermeiro, no exercício das suas funções, deve adotar uma conduta responsável e ética no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos. A relação entre quem cuida e quem recebe cuidados rege-se por princípios e valores. Neste sentido, no presente caso, durante a prestação de cuidados de enfermagem à mulher/casal e recém-nascido foram sempre respeitados os princípios éticos de beneficência e não maleficência, justiça e equidade, autonomia, veracidade e fidelidade. Os cuidados de enfermagem não se revestem apenas de uma componente técnica, possuem também fundamental uma componente humana.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem a relação interpessoal estabelecida com a mulher/casal foi baseada no respeito pelos seus valores, crenças e desejos individuais, nos seus poderes e limitações, nas suas necessidades e poder de suprimimento das mesmas.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista o enfermeiro tem o dever de desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, assim como de promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS, SUGESTÕES E DESAFIOS PARA A PRÁTICA**

Este Relatório reflete o percurso de aprendizagem, que conduziu à aquisição, desenvolvimento, e, aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

No Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, desenvolvi competências na prestação de cuidados enfermagem à mulher inserida na família a vivenciar processos de saúde e doença ginecológica e obstétrica. Neste contexto, o EEESMO assume um papel relevante em termos de análise, reflexão e decisão, uma vez que é ele quem prioriza o acesso à urgência. Relativamente à prestação de cuidados neste âmbito, penso que tive uma evolução positiva no que respeita à identificação de prioridades, assim como na prestação de cuidados autónomos e interdependentes.

No serviço de Bloco de partos, desenvolvi competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família, nos 3 estádios de TP e ao recém-nascido. Neste âmbito, penso que o EEESMO tem uma responsabilidade imensa tendo em conta a complexidade que representa a mulher em trabalho de parto e o dever em corresponder às suas expectativas e desejos, contribuindo para que aquele momento seja daquela mulher e família. No contexto referido penso que consegui positivamente e progressivamente atingir o objetivo a que me propus, no entanto tenho consciência de que necessito de continuar a evoluir para superar algumas das dificuldades sentidas, nomeadamente no que respeita à avaliação colo quando a mulher se encontra numa fase inicial do TP e o colo se encontrava numa posição posterior, na identificação do plano e variedade da apresentação fetal assim como identificar as compatibilidades feto-pélvicas.

No que respeita ao desenvolvimento de competências de enfermagem especializados, à puérpera a viver processos de transição e adaptação à parentalidade e recém-nascido a viver processos de adaptação à vida extrauterina, penso que consegui atingir positivamente este objetivo. O puerpério imediato é sobretudo um período adaptação físico e emocional para a mulher, recém-nascido e

família, sendo necessária uma vigilância apertada pelo EEESMO. Por outro lado um momento privilegiado para a promoção da saúde da mulher e recém-nascido.

No que respeita à promoção da deambulação durante o TP penso que o consegui fazer com sucesso, apesar dos constrangimentos anteriormente referidos, e, de não ter sido possível concretizar todas as atividades a que me tinha proposto.

Acredito que a deambulação durante o trabalho de parto é benéfica para a mulher e para o feto e deve ser incentivada.

A evidência científica comprova os benefícios da deambulação e posições verticais durante o primeiro e segundo estadio do TP, para a mãe e para o feto. Segundo os resultados do ano de 2014 referentes à implementação dos Projetos de Maternidade de Qualidade nas várias instituições envolvidas, verificou-se que a mobilidade adequada da parturiente durante o TP aumenta a tolerância à dor e, por conseguinte evita o uso de fármacos, favorece a dilatação e reduz o tempo da fase ativa do TP. No entanto é importante que o EEESMO continue a atualizar os seus conhecimentos, a questionar-se sobre a prática para assim contribuir para a evolução dos cuidados e conhecimento.

Deste modo, penso que seria pertinente aprofundar este tema no meu local de trabalho, reunindo toda a bibliografia consultada e coloca-la ao dispor dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sob a forma de um *dossier*, de maneira que seja fácil a sua consulta. De acordo com o Artigo 9º alínea f) Capítulo IV do REPE, o enfermeiro participa na elaboração e concretização de protocolos. Portanto, seria útil e um desafio para a prática propor a elaboração de um protocolo com linhas orientadoras e promotoras da deambulação e posições verticais durante o TP, em conjunto com a equipa multidisciplinar (EEESMOs, Obstetras e Anestesistas).

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (RCM), R. C. (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour- Positions for labour and Birth*. London: RCM. Obtido em 8 de 2016 de 2, de <http://www.rcm.org.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=303482>
- Adams, S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1238-1246. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- APEO. (2009). *Iniciativa Parto normal*. Loures: Lusociência.
- Baker, K. (2010). Midwives should support women to mobilize during labor. *British Journal of Midwifery*, 18, pp. 492-497. Obtido em 23 de 07 de 2016, de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d68e7341-add8-42f2-903e-804566a41944%40sessionmgr4010&vid=0&hid=4104>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- C, S., S, V., L, G., D, K., J, O., & J, J. (2012). Activity level during a one-hour labor check evaluation: walking versus bed rest. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 37, 101-107. Obtido em 22 de 02 de 2017, de [http://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=1307920&an=00005721-201203000-00007&Journal\\_ID=54021&Issue\\_ID=1307675](http://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=1307920&an=00005721-201203000-00007&Journal_ID=54021&Issue_ID=1307675)
- Campos, D. A., Furtado, J. M., Crisóstomo, M. R., Carrapato, R., Cunha, E., & Conceição, M. F. (2010). Medidas para reduzir a taxa de cesarianas da região norte de Portugal. Porto, Porto, Portugal. Obtido em 12 de 04 de 2016, de [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio\\_Taxas\\_Cesarianas.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf)
- Couto, G. (2003). *Preparação para o parto: Representações Mentais de um grupo de grávidas de uma área rural urbana e de uma área rural*. Lusociência.
- Dundes, L. (Maio de 1987). The Evolution of Maternal Birthing Position. *American Journal of Public Health*, 77, 636-641. Obtido em 10 de 2 de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647027/pdf/amjph00256-0102.pdf>
- FAME, & APEO. (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Loures: Lusodidata.
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Frias, A., & Franco, V. (2008). A preparação psicoprofilática para o parto e o nascimento do bebé: Estudo comparativo. *INFAD Revista de Psicología*, 1, 47-54.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital\_Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar. Loures: Lusociência.
- ICM. (2013). Essential Competences for Basic Midwifery Practice. Obtido de <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essen>



- tial%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf
- Lawrence A, L. L. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4
- Lawrence, A., Lewis, L., & G Justus Hofmeyr, T. D. (2009). Maternal positions and mobility durang first stage labour. *Sao Paulo Med J.*, 361. Obtido em 22 de 05 de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v129n5/v129n5a15.pdf>
- Lothian, J., & Vries, C. D. (2010). *The Official Lamaze Guide: Giving Birth with confidence*. Minnetonka: Meadowbrook Press.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidata.
- Mamede, F. V., Almeida, A. M., & Clapis, M. J. (2004). Movimentação/deambulação no TP: uma revisão. 26, pp. 295-302. Obtido em 03 de 01 de 2016, de [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37970297/Movimentacao\\_deambulacao\\_no\\_trabalho\\_de\\_parto\\_uma\\_revisao.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1484080250&Signature=8kZZW63xGvEgTxVGDrxFZBPdcoQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37970297/Movimentacao_deambulacao_no_trabalho_de_parto_uma_revisao.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1484080250&Signature=8kZZW63xGvEgTxVGDrxFZBPdcoQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20)
- Mamede, F. V., Almeida, A. M., Márcia, A., & Nakano, S. (2007). O efeito da deambulação na fase ativa do TP. *Esc Anna Nery R Enferm*, 466-471. Obtido em 24 de 04 de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a11.pdf>
- Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. M. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no TP e parto. 11, 331-336. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Obtido em 21 de 04 de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 18, 165-169. Obtido em Abril de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20>
- Movimentação e dieta durante o TP: A perceção de um grupo de puérperas. (s.d.).
- Munro, J., & Jokinen, M. (2012). Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour\_Positions for Labour and Birth. The-Royal-College-of-Midwives. Obtido em 23 de 10 de 2016, de <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Positions%20for%20Labour%20and%20Birth.pdf>
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- OE. (2006). Investigação em Enfermagem:Tomada de posição. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em 20 de 04 de 2017, de [http://www.ordenenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_26abr2006.pdf](http://www.ordenenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf)
- OE. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (O. d. Enfermeiros, Ed.) 2-10. Obtido em 20 de 02 de 2017, de [http://www.ordenenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competicencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordenenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competicencias_comuns_enfermeiro.pdf)

- OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa, Lisboa, Portugal. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- OMS. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: Nova esperança*. Genebra: Moinho Velho – Loja de Edição, Lda. Obtido em 03 de 01 de 2017, de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)
- OMS. (2005). *Parto prolongado e paragem na progressão do TP: manual para professores de enfermagem obstétrica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Obtido em 22 de 12 de 2015, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44145/84/9248546668\\_3\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44145/84/9248546668_3_por.pdf)
- OMS. (s.d.). *Parto Prolongado e Paragem na Progressão do TP: Manual para professores da Enfermagem Obstétrica*.
- Parente, R. C., Bergqvist, L. P., Soares, M. B., & Filho, O. B. (2011). A história do nascimento (parte 2): parto vaginal. *FEMINA*, 66-83. Obtido em 20 de 2 de 2016, de [http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina\\_v39n2\\_65-83.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina_v39n2_65-83.pdf)
- Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J. C., & Marques, R. (2012). *Documento de Concenso "Pelo Direito ao Parto Normal - Uma visão Partilhada", acordado e assinado a 28 de Janeiro de 2010*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 25 de 02 de 2017, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro\\_parto\\_normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf)
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A., & Jones, G. D. (2014). *TP e parto*. São Paulo: Techbooks.
- Regaya, L. B., Fatnassi, R., Khelifi, A., & Fékih, m. (2010). Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical: étude prospective randomisée de 200 cas. *Journal de Gynécologie Obstrique et Biologie de la Reproduction*, 39, 656-662. doi:10.1016/j.jgyn.2010.06.007
- Rocha, I. M., Oliveira, S. M., Schneck, C. A., Riesco, M. L., & Costa, A. d. (2009). The partogram as an instrument to analyze care during labor and delivery. *Rev Esc Enferm USP*, 43, 875-883.
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1199-1206. doi:10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x
- Royal-College-of-Midwives. (2010). The Royal College of Midwives Survey of positions used in labour and Birth - Final report. London. Obtido em 22 de 12 de 2015, de [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20position%20Report%20FINAL%20Aug2011\\_0.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20position%20Report%20FINAL%20Aug2011_0.pdf)
- Silva, L. B., Ferreira, Q. T., Soares, P. C., & Silva, M. P. (2007). Posições maternas no TP e parto. *Femina*, 35, 101-106. Obtido em 25 de 2 de 2016, de : <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=471276&indexSearch=ID>.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The labor progress Handbook Early Intervencions to prevent and treat Dystocia*. Iowa: Wiley-Blackwell.

- Stone, P. K. (2016). Biocultural Perspectives on Maternal Mortality and Obstetrical Death From the Past to the Present. *American Association of Physical Anthropologists* , 159, 150–171. doi:10.1002/ajpa.22906
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusodidata.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra\_ Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wei, C. Y., Gualda, D. M., & Junior, H. P. (2011). Movimentação e dieta durante o TP: A percepção de um grupo de puérperas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20, 717-725. doi:https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010
- WHO. (2007). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneva: Publications of the World Health Organization. Obtido em 22 de 4 de 2016, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43972/1/9241545879\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43972/1/9241545879_eng.pdf)
- Wilson, M. J., MacArthur, C., Cooper, G. M., & Shennan, A. (2009). Ambulation in labour and delivery mode: a randomised controlled trial of high-dose vs mobile epidural analgesia. *Journal of the Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland* , 64, 266-272. doi:10.1111/j.1365-2044.2008.05756.x
- World-Health-Organization. (1996). *Care on normal birth: a practical guide*. Genebra. Obtido em 16 de 03 de 2016, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Artigos seleccionados para a RSL

Apêndice II – Poster

Apêndice III – Formação para as grávidas, inserida na Preparação para o parto do CHA-Portimão

Apêndice III – Formação em serviço dirigida aos Enfermeiros

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Artigos seleccionados para a RSL**

<b>Título</b>	<b>Maternal positions and mobility during first stage labour</b>
<b>Autor</b>	Annemarie Lawrence, Lucy Lewis, G Justus Hofmeyr, Therese Dowswell, Cathy Styles
<b>Data</b>	2009
<b>Método de estudo</b>	RSL
<b>População</b>	21 Estudos com um total de 3760 mulheres no 1º estadio do TP
<b>Objetivos</b>	Avaliar os efeitos do encorajamento das mulheres no primeiro estadio do TP a assumirem diferentes posições eretas (incluindo Andando, sentado, de pé e ajoelhado) versus posições decúbito supinas (supino, semi-decúbito e lateral), sobre a duração do TP, o tipo de parto e outros resultados para as mães e bebés.
<b>Intervenções</b>	Mulheres em início de TP eram encorajadas a permanecer de pé e em posições verticais móveis como sentar, ficar de pé, andar até ao momento do parto.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O primeiro estadio do TP foi aproximadamente uma hora mais curta para mulheres assumiam posições eretas em oposição a posições reclinadas (MD -0,99, IC 95% -1.60 a -0.39).</li> <li>- Mulheres em posições eretas foram menos propensas a ter analgesia epidural (RR 0,83 IC 95% 0,72 a 0,96).</li> <li>- Não houve diferenças entre os grupos para outros desfechos, incluindo duração do segundo estágio do parto, modo de parto ou outros relacionadas com o bem-estar de mães e bebés.</li> <li>- Relativamente à satisfação materna foi recolhida pouca informação e nenhum dos estudos a comparou.</li> </ul>
<b>Conclusões</b>	. Há evidência que andar e adotar posições eretas no primeiro estadio do TP reduzem a duração do mesmo e não parecem estar associadas a um aumento da intervenção ou a efeitos negativos sobre o bem-estar das mães e dos bebés. As mulheres devem ser encorajadas a assumir a posição que acharem mais confortável no primeiro estadio do TP.
<b>Nível de evidência</b>	1

Contributos da deambulação para a progressão do TP  
Intervenção do EEESMO

<b>Título</b>	Maternal positions and mobility during first stage labour
<b>Autor</b>	Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C
<b>Data</b>	2013
<b>Método de estudo</b>	Revisão sistemática da literatura. Usados Estudos (25) randomizados ou quase randomizados que comparavam mulheres que adotavam posições verticais versus posições de litotomia no primeiro estadio do TP.
<b>População</b>	5218 Mulheres no primeiro estadio do TP Os estudos foram realizados em 13 países desde 1963 a 2012
<b>Objetivos</b>	Aceder aos efeitos do encorajamento de posições não verticais (incluindo andar, sentar, ficar de pé e de cócoras) versus posições de litotomia (supina, semi-deitada e em decúbito lateral) nas mulheres durante o primeiro estadio do TP na duração do TP, tipo de parto, e outros resultados importantes para a mãe e para o bebé.
<b>Intervenções</b>	Mulheres em início de TP eram encorajadas a permanecer de pé e em posições verticais móveis como sentar, ficar de pé, andar até ao momento do parto.
<b>Resultados</b>	<p>Posições verticais e móveis versus posições de litotomia: o 1º estadio do TP era aproximadamente 1h 22' mais curto nas mulheres que adotaram posições verticais e móveis em relação às que permaneceram deitadas.</p> <p>Não houve diferenças significativas entre os grupos para outros resultados, incluindo a duração do estadio do TP, ou outros resultados relacionados com bem-estar das mães e recém-nascidos.</p> <p><u>Duração do TP</u></p> <p>Posições verticais e móveis versus posições de litotomia (com epidural em todas as mulheres):</p> <p>Não houve diferenças significativas entre os grupos em relação à duração do segundo estadio do TP ou com o bem-estar das mães e recém-nascidos.</p> <p>Duração do TP (andar vs outras posições):</p> <p>Para mulheres que andaram comparativamente às mulheres que estiveram deitadas (posição supina ou decúbito lateral) a duração do primeiro estadio do TP foi aproximadamente 3h57' mais curto. (3 estudos com um total de 302 mulheres)</p> <p><u>Modo de nascimento</u></p> <p>As mulheres que andaram comparativamente às mulheres que ficaram deitadas ou em decúbito lateral tiveram mais partos vaginais espontâneos (3 estudos com 306 mulheres)</p> <p><u>Partos instrumentados</u></p> <p>Poucas das que deambulam tiveram partos instrumentados, comparativamente às que permaneceram em posição de supina. Contudo, estes resultados não foram estatisticamente significantes.</p> <p>As mulheres que andaram comparativamente às mulheres que ficaram deitadas ou em decúbito lateral tiveram menos partos instrumentados. (3 estudos 306 mulheres).</p> <p><u>Parto por cesariana</u></p> <p>As mulheres encorajadas a adotar posições verticais e posições móveis têm menos probabilidade de parto por cesarianas comparadas com aquelas que adotaram posições supinas (14 estudos e 2682 mulheres). A diferença entre os grupos é estatisticamente significativa.</p> <p>As mulheres que andaram comparativamente às mulheres que ficaram deitadas ou em decúbito lateral tiveram menos partos por cesariana. (3 estudos 306 mulheres).</p>



	<p><u>Satisfação materna</u> Os resultados não foram conclusivos no que respeita á satisfação materna em relação à posição e conforto.</p> <p><u>Resultados (outcomes) fetais e neonatais</u> Não houve diferenças significativas entre os grupos em termos de stress fetal requerendo parto imediato ou uso de ventilação mecânica.</p> <p><u>Dor materna e analgesia</u> Estatisticamente não houve diferenças significativas nos dois estudos que analisaram a dor e ansiedade, nas mulheres que adotaram posições verticais comparando com as que ficam na cama durante o TP. Contudo, mulheres em posição supina referiram mais dor aos 4 e 8 cm de dilatação (usada uma escala visual a analógica e de resposta verbal num estudo com 87 mulheres. Mulheres que adotaram posições verticais tiveram menos necessidade de analgesia epidural (dados estatisticamente significantes, 9 estudos e 2107 mulheres).</p> <p><u>Intervenções durante o TP</u> <u>Uso de ocitocina</u> As mulheres que adotaram posições verticais em comparação com as que permaneceram deitadas tiveram menos necessidade de ocitocina na condução do TP.</p> <p><u>Duração do segundo estadio do TP</u> Não houve diferenças entre os grupos nos 9 estudos quanto a este item.</p> <p><u>Resultados neonatais e fetais</u> -Não houve diferenças significativas no índice de Apgar. No entanto, num estudo com 200 mulheres foi reportado que foram admitidos menos bebés na unidade de cuidados intensivos neonatais de mães que adotaram posições verticais.</p> <p>Comparação dos resultados entre mulheres que escolheram posições verticais e as que ficaram na cama com <b>epidural</b></p> <p>. <u>Duração do TP</u> Não foi possível obter dados</p> <p>.<u>Tipo de parto</u> Resumo dos resultados: Foram analisadas 80 meta-análises para confirmar como uma variedade de posições usadas durante o primeiro estadio do TP afeta o processo de nascimento e resultados das mães e bebés. As mães que adotaram posições verticais comparadas com as que estiveram deitadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o primeiro estadio do TP foi mais curto;</li> <li>- tiveram menos dor;</li> <li>- tiveram menos necessidade de realizar epidural;</li> <li>- os seus bebés tiveram menos necessidade de cuidados intensivos neonatais</li> <li>- mais partos vaginais espontâneos;</li> <li>-menos partos instrumentados;</li> <li>- e menos partos por cesariana.</li> </ul> <p>Nas mulheres que usaram epidural e que adotaram posições verticais comparadas com as que ficaram deitadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudos demonstraram que as mulheres nulíparas que adotaram posições verticais eram mais propensas a ter partos instrumentados em comparação com as multíparas que usaram posições supinas.</li> </ul>
--	---

	<p>Os resultados deste estudo demonstraram os benefícios para as mães que adotaram posições verticais e móveis durante o primeiro estadio do TP e seus bebês.</p> <p>Existe evidência de que a adoção de posições verticais e moveis durante o primeiro estadio do TP reduz a duração do primeiro estadio do TP sem risco adicional para a mãe ou para o bebé.</p> <p>As mulheres de TP de baixo risco devem ser informadas dos benefícios das posições verticais e encorajadas a adotarem a posição que desejam. Andar durante o TP requer um apoio contínuo de 1 para 1 mulher/parteira, pois isto reduz a necessidade de medicação para a dor e melhora a satisfação do parto vaginal espontâneo. (Hodnett 2012 cit. por Lawrence 2013).</p>
<b>Conclusões</b>	<p>Existe uma clara e importante evidência de que andar e manter posições verticais no primeiro estadio do TP reduz a duração do TP, risco de cesariana, necessidade de epidural, e não parece estar associado a maior necessidade de intervenção, ou efeitos negativos no bem-estar das mães e bebês.</p> <p>Tendo como base a evidência encontrada, recomenda-se que as mulheres com TP de baixo risco devem ser informadas dos benefícios das posições verticais, encorajadas e apoiadas na escolha das posições que elas próprias escolherem.</p> <p>Posições verticais e andar estão associadas à redução do 1º estadio do TP, do uso de analgesia epidural como método de alívio da dor, e parto por cesariana.</p> <p>Existe também a evidência de que existe uma menor probabilidade dos recém-nascidos serem admitidos na unidade de neonatologia.</p> <p>No que respeita à mudança de posição durante o 1º estadio do TP, se for dada a oportunidade à mulher para o fazer, muitas talvez escolham posições verticais ou posições móveis no início do 1º estadio e talvez escolham ficar deitadas à medida que o TP avança.</p> <p>Acreditamos que, sempre que possível, as mulheres deveriam ser informadas dos benefícios das posições verticais e encorajadas a adotar as posições em que se sintam mais confortáveis, não deveriam de ter restrição da liberdade de movimentos a não ser que tenha indicação médica e deveriam de evitar passar longos períodos deitadas na cama.</p>
<b>Nível de evidência</b>	1

<b>Título</b>	<b>Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas</b>
<b>Autor</b>	Ben Regaya; Fatnassi R; Khlifi A; Fékih M; Kebaili S; Soltan K; Khairi H; Hidar S
<b>Data</b>	2010
<b>Método de estudo</b>	Estudo Prospetivo randomizado.
<b>População</b>	200 Parturientes com gestações não complicadas foram distribuídas aleatoriamente por dois grupos: primeiro grupo (100 parturientes) autorizado a deambular até aos 6cm de dilatação cervical e um segundo grupo (100 parturientes) confinados à cama em decúbito dorsal ou lateral.
<b>Objetivos</b>	Avaliar os efeitos da deambulação durante a primeira fase do TP na sua duração e outros resultados maternos e infantis.
<b>Intervenções</b>	200 Parturientes com gestações não complicadas foram distribuídas aleatoriamente por dois grupos: primeiro grupo (100 parturientes) autorizado a deambular até 6cm de dilatação cervical e um segundo grupo (100 parturientes) confinados à cama em decúbito dorsal ou lateral.
<b>Resultados</b>	A posição vertical reduz significativamente (cerca de 34%) a duração do primeiro estágio do TP ( $P < 0,0001$ ), a intensidade da dor, o consumo de ocitocina ( $P = 0,001$ ), a taxa de cesariana e de partos instrumentados. A posição vertical apresenta melhores resultados maternos (7% de efeitos colaterais versus 13%) e resultados fetais (melhor índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto).
<b>Conclusões</b>	O estudo permitiu confirmar os benefícios da deambulação na progressão do trabalho, no conforto materno e no resultado materno-fetal.
<b>Nível de evidência</b>	1

<b>Título</b>	<b>O efeito da deambulação durante a fase ativa do TP</b>
<b>Autor</b>	Fabiana Villela Mamede; Ana Maria de Almeida; Ana Márcia Spanó Nakano; Flávia Azevedo Gomes; Marislei Sanches Panobianco
<b>Data</b>	2007
<b>Método de estudo</b>	Estudo quase experimental
<b>População</b>	. 80 Primigestas do Centro de Parto Normal da Maternidade filantrópica do Sul de São Paulo, no período de Julho a Agosto de 2004 com idade gestacional de 37 a 42 semanas, gestação única, ausência de intercorrências gestacionais, feto vivo em apresentação cefálica de vértice com boa vitalidade, liquido amniótico claro, com duas ou mais contrações de intensidade média a cada 10' e ou dilatação cervical de 3 a 5 cm.
<b>Objetivo</b>	Analisar a associação entre a deambulação e a fase ativa do TP.
<b>Intervenções</b>	. Em cada parturiente foi colocado um pedómetro durante toda a fase ativa do TP e registado o número de passos, distância percorrida em metros, a cada hora até ao final da fase ativa do TP. . Registados os dados referentes à avaliação da dilatação cervical uterina e uso de fármacos.
<b>Resultados</b>	. As participantes percorreram uma distância média de 1.624 m, 63,09% da fase ativa do TP num tempo médio de 5 horas. . A distância percorrida durante as primeiras 3 horas da fase ativa está associada ao encurtamento do TP, sendo que, a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda e 6 minutos na terceira hora.
<b>Conclusões</b>	.Durante a fase ativa do TP o pesquisador permaneceu com as 80 parturientes estimulando a deambulação e mesmo tendo a liberdade de interromper a deambulação as parturientes percorreram cerca de 63,09% da fase ativa do TP numa média de 5 horas. .O que revela a importância do estímulo oferecido às mulheres durante todo o TP pelo acompanhante e profissional de saúde. .A maior influência da deambulação sobre a duração do TP verifica-se na 1ª, 2ª, e 3ª hora de deambulação, ou seja, quanto mais as mulheres deambularem nestas 3 horas no início da fase ativa menor é a duração do TP. .Os resultados destes estudos devem ser comunicados às parturientes para conheçam os benefícios e assim possam incorporar esta prática nos planos de parto.
<b>Nível de evidência</b>	2

<b>Título</b>	<b>Movimentação e dieta durante o TP: A percepção de um grupo de puérperas</b>
<b>Autor</b>	Chang Yi Wei; Dulce Maria Rosa Gualda; Hudson Pires de Oliveira Santos Junior
<b>Data</b>	2011
<b>Método de estudo</b>	Exploratório descritivo
<b>População</b>	35 Mulheres que tiveram filhos de parto vaginal no HU/USP, em dois momentos distintos: anterior ao ano de 2001 (ocasião em que as ações humanizadoras do parto não estavam totalmente implementadas na instituição) e entre 2006 e 2007, período que as medidas Já tinham sido adotadas.
<b>Objetivos</b>	Conhecer a experiência e a percepção de um grupo de mulheres no que respeita à deambulação e dieta durante o TP.
<b>Intervenções</b>	Os dados foram colhidos através de entrevistas, utilizando um guia com questões norteadoras e espaço para a identificação da participante.
<b>Resultados</b>	<p>A idade das mulheres deste estudo variou de 22 a 41 anos;</p> <p>O grau de instrução predominante foi o ensino fundamental incompleto;</p> <p>Estado civil, a maior parte respondeu união de facto;</p> <p>No que se refere à ocupação, apenas 21 entrevistadas exerciam atividades remuneradas;</p> <p>Quanto à paridade, incluindo o parto atual, para 10 participantes era a sua segunda experiência de parto; para 17 mulheres, a terceira; e era acima do quarto parto para oito entrevistadas.</p> <p>Na gestação atual, mais de metade das mulheres realizou de seis a 10 consultas.</p> <p><b>Deambulação durante o TP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Foram encontradas duas percepções entre as mulheres: mais da metade referiu que a movimentação e a deambulação são benéficas durante o TP, enquanto as restantes relataram que preferiam ficar deitadas;</li> <li>- O primeiro grupo atribui à movimentação, o alívio da dor, ir para o duche e aceleração do TP;</li> <li>- O segundo grupo houve preferência em permanecer no leito, devido ao risco de o bebé nascer durante a movimentação e à dificuldade de realizar esforços expulsivos na posição vertical;</li> <li>- No primeiro grupo, a liberdade para deambular foi referida pelas mulheres como importante para suportar e aliviar as dores do TP, uma vez que retira o foco de atenção da mulher da dor. Referem ser preferível andar ao permanecer deitada.</li> </ul>

	<p>Algumas mulheres percecionaram a <b>deambulação</b> como <b>aspeto positivo</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. A possibilidade da livre movimentação, associada ao banho, foi citada alternativa para aliviar a sensação de dor e como meio para acelerar o TP. Referiram que o banho distrai, relaxa e minimiza a impaciência da mulher naquele momento.</li> <li>. Comparando com a experiência do parto anterior, a progressão do TP mais rápida, sentiram alívio da dor. A dilatação rápida do colo uterino foi atribuída à movimentação. O incentivo da equipa para a deambulação foi percebido como importante para a evolução do TP.</li> <li>. A prática da movimentação prévia ao internamento no hospital foi citada, pelas mulheres, como uma forma de chegar à instituição numa fase mais avançada do TP.</li> <li>. A possibilidade de movimentação foi percebida como uma mudança positiva, pois, nos partos anteriores tiveram monitorização cardiotocográfica contínua. As mulheres referiram que esta prática (monitorização contínua) era geradora de incómodo e tensão pela necessidade de permanecerem imóveis.</li> </ul> <p>Outras mulheres percecionavam a <b>deambulação</b> como <b>aspeto negativo</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Preferiram permanecer deitadas durante as contrações do TP, associando esta opção ao fato de cada organismo reagir de maneira diferente.</li> <li>. O medo do bebé nascer durante a deambulação também foi citado como um fator inibidor da deambulação, mesmo depois de terem recebido orientação do profissional, a mulher se recusou a caminhar.</li> <li>. Além da manifestação de medo referida, o fato de estar em posição vertical (em pé ou sentada) foi visto como uma dificuldade durante a realização de esforços expulsivos durante as contrações. A posição horizontal foi vista como facilitadora para fazer força e sem risco de o bebé cair no chão.</li> </ul> <p><b>Resumidamente</b>, para algumas mulheres, a deambulação contribui para alívio da dor e progressão do parto enquanto que, para outras é geradora de insegurança quando realizam esforços expulsivos, devido ao medo de o bebé cair no chão.</p> <p>Quanto à dieta, as mulheres que se alimentaram, relataram sentir mais força durante o parto. As que não quiseram receber dieta fizeram-no por medo de prejudicar o parto.</p>
<b>Conclusões</b>	<p>.Os resultados deste estudo sugerem que é crucial levar em consideração a individualidade e a autonomia da escolha das mulheres, premissas básicas quando se procura o cuidado humanizado. Além disto, o respeito pela perspectiva da mulher, associada à experiência do profissional e às evidências científicas são o fundamento para a construção de cuidados de saúde com qualidade.</p>
<b>Nível de evidência</b>	4

Contributos da deambulação para a progressão do TP  
Intervenção do EEESMO

<b>Título</b>	Ambulation in labour and delivery mode: a randomized controlled trial of high-dose vs mobile epidural analgesia
<b>Autor</b>	M. J. A. Wilson, C. MacArthur, G. M. Cooper and A. Shennan
<b>Data</b>	2009
<b>Método de estudo</b>	Randomizado controlado
<b>População</b>	<b>1052</b> Primíparas que pediram epidural para alívio da dor no TP em duas unidades de parto terciárias.
<b>Objetivos</b>	Relacionar os três tipos de tipos de epidural com a mobilidade e deambulação das mulheres durante o TP
<b>Intervenções</b>	<p>Depois de realizada epidural a atividade foi monitorizada pelas Parteiras a cada hora: Andar (só foi considerado quando a mulher andou pelo menos 20min num período de 1h); deitada na cama; sentada; de pé e andar durante o TP.</p> <p>As mulheres que ficaram fora da cama pelo menos 1h no primeiro estadio depois de colocar cateter epidural foram consideradas “ambulatory”. As que permaneceram na cama durante o TP apesar de poderem andar foram consideradas “sedentary”.</p> <p>A deambulação no segundo estadio do TP também foi avaliada.</p> <p>As mulheres que ficaram fora da cama e andaram pelo menos 20 minutos após dilatação completa foram consideradas “ambulatory in second stage”</p> <p>No estudo só foram incluídos no estudo as mulheres que tiveram parto vaginal uma vez que a cesariana pode ser feita em qualquer altura do TP.</p> <p><u>Grupo controlo com epidural -353 mulheres</u>  <u>Analgesia epidural combinada(CES): 351mulheres</u>  <u>Infusão de Baixa dose (LDI): 350 mulheres</u></p>
<b>Resultados</b>	<p><u>Potência dos membros inferiores durante o TP</u> (até 10h após epidural)</p> <p>As mulheres que mantiveram maior controlo dos membros inferiores durante as 10h foram as que realizaram analgesia epidural combinada comparativamente às que tiveram Infusão de baixa dose.</p> <p>Pouco mais de um terço de mulheres em cada grupo móvel foram categorizados como “ambulatory” durante o primeiro estadio do TP (CSE 38%, LDI 37%). Há media que o TP progredia existe uma redução gradual da proporção de mulheres alcançar potência normal das pernas em ambos os grupos móveis. Uma proporção significativamente maior de mulheres no grupo CSE manteve motor normal das pernas função entre as 2 a 9 h após a inserção epidural, em relação ao LDI.</p> <p><u>Primeiro estadio do TP: móvel versus não móvel analgesia:</u></p> <p>Não houve diferenças nas características das mulheres do grupo “ambulatory” e as que permaneceram deitadas no primeiro estadio do TP.</p> <p>Não houve diferença significativa no modo de parto nos grupos que andaram e nos que não andaram que usufruíram de epidural móvel.</p> <p><u>Segundo estadio TP:</u></p> <p>Andar no 2 estágio do TP não foi frequente só 10,8% das mulheres andaram de acordo com os critérios referidos. Mais mulheres que receberam analgesia combinada do que analgesia de baixa dose andaram durante o 2 estadio do TP, mas estatisticamente não houve diferença significativa.</p>

Contributos da deambulação para a progressão do TP  
Intervenção do EEESMO

---

	<p>As mulheres que andaram no 2 estadio do TP eram mais propensas a partos espontâneos, do que as mulheres que permaneciam no leito mas esta diferença foi baseada em pequenos números.</p>
<b>Discussão</b>	<p>A preservação da função motora e sensorial oferece uma plausível explicação para a redução dos partos instrumentados mostrados no estudo.</p> <p>Andar e adotar posições verticais durante o TP pode aumentar a probabilidade de partos vaginais espontâneos.</p> <p>Os mecanismos propostos incluem o efeito da gravidade conhecido por produzir um natural e fisiológico feedback através de um mecanismo endócrino e neurológico (libertação de prostaglandinas e reflexo de Ferguson), e na posição vertical existe uma melhoria da perfusão uterina pela limitação da compressão da veia cava e artéria aorta.</p> <p>O resultado são contrações uterinas mais coordenadas e fortes que podem ajudar na expulsão do feto.</p> <p>Nos resultados do estudo sugerem que nas mulheres que evoluíram para parto vaginal e que andaram no segundo estadio do TP está associado a uma maior probabilidade de parto espontâneo.</p>
<b>Nível de evidência</b>	1



## **Apêndice II – Poster**

# BENEFÍCIOS DO ANDAR NO TRABALHO DE PARTO

O Andar durante o trabalho de parto  
apoia a fisiologia do nascimento e melhora  
a experiência do parto na mulher



♥ Favorece a irrigação  
do útero

♥ As contrações  
são mais eficazes

♥ Diminui o tempo  
do trabalho de parto

♥ Ajuda o feto  
a adaptar-se  
à bacia materna

♥ Alivia a dor  
no trabalho  
de parto

**Apêndice III – Formação para as grávidas, inserida na Preparação  
para o parto do CHA-Portimão**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de  
Saúde Materna e Obstétrica

### Projeto de Estágio

## Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

AEESMO Sandra Luz

*Contributos da deambulação para a  
progressão do trabalho de parto*



## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



### Objetivos

Geral:

- . Promover a deambulação durante o trabalho de parto

Específicos:

- . Identificar os conhecimentos das parturientes sobre os benefícios da deambulação na progressão do trabalho de parto
- . Divulgar os benefícios da deambulação durante o trabalho de parto

## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



Quais os **benefícios** da **deambulação** durante o **trabalho de parto**?

## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



Antes do século XVII a maioria das mulheres de todas as raças e culturas adotava a posição vertical durante o trabalho de parto e parto.

A partir do séc. XVII François Mauriceau médico francês, afirmava que a posição deitada seria mais confortável para a parturiente e para o profissional que assiste ao parto e a partir dessa data a posição deitada passou a ser utilizada não só para o parto como também para o trabalho de parto.



Atualmente esta prática está a ser questionada, estando a desenvolver-se projetos que valorizam e incentivam as posições verticais durante o trabalho de parto e parto.

## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



Organismos que recomendam posições verticais/deambulação/liberdade de movimentos durante o trabalho de parto

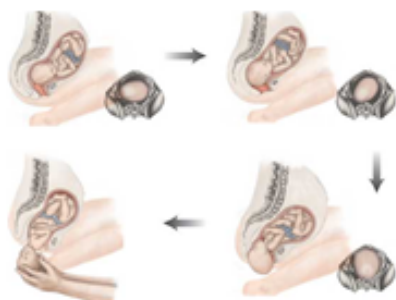
## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



O trabalho de parto é um processo fisiológico dinâmico, em que existe a dilatação do colo do útero e ao mesmo tempo a progressão do feto ao longo do canal de parto.

O trabalho de parto é influenciado por 5 fatores:

- . Passageiro (feto e placenta);
- . Passagem (canal de parto);
- . Contrações;
- . Posição da mãe;
- . Reações psicológicas da mãe.



## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



Existem vantagens significativas quando são adotadas posições verticais durante o trabalho de parto e parto, contudo a posição deitada continua a ser a mais usada.

(Lawrence et al. 2009; MIDIRS, 2008; RCM 2010 cit. por RCM2012)



## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



### Benefícios da deambulação durante o trabalho de parto:

- Ação da gravidade;
- Permite respirar melhor;
- O peso do útero não comprime os grandes vasos (veia cava e artéria aorta);
- Contrações mais eficazes;
- Diminui o tempo do trabalho de parto;
- Alivia a dor;



## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



### É permitido deambular se:

- Não existir contra-indicação médica para o fazer;
- A Bolsa de água estiver íntegra;
- Se a Bolsa estiver rota e o feto apoiado no colo do útero;



## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



### Quando deve deambular?

Durante o 1º estadio do trabalho de parto.



## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



O **trabalho de parto** é um **processo dinâmico...**

Além de caminhar,  
a **mulher** deve sobretudo escolher  
as **posições** que **lhe** oferecem  
maior conforto.



## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



- <https://www.youtube.com/watch?v=XO0JQtXY2m8>

## Contributos da deambulação para a progressão do trabalho de parto



Obrigada



## **Apêndice VI – Formação em serviço dirigida aos Enfermeiros**



## Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto

### Geral

- . Promover a deambulação durante o trabalho de parto

### Específicos

- .Partilhar com os Enfermeiros a evidência encontrada acerca dos benefícios da deambulação para a progressão do trabalho de parto
- .Debater os benefícios e obstáculos à deambulação durante o trabalho de parto

## Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto

### Justificação

. 8% de todas as mortes maternas nos países em desenvolvimento devem-se à paragem da progressão do trabalho de parto relacionadas com sépsis puerperal, hemorragia pós-parto e rotura uterina. A paragem do trabalho de parto pode dar origem a fístulas que podem levar à exclusão das mulheres da vida social das suas comunidades. Pode também causar depressão crónica, outras doenças físicas, infeções, podendo levar ao suicídio (Organização Mundial da Saúde, 2005).

.O trabalho de parto estacionário é a causa mais frequente da cesariana (Ayres-de-Campos e al., 2010).

## Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto

### Justificação

Há vantagens significativas quando são adotadas posições verticais durante o trabalho de parto e parto, contudo a posição supina continua a ser a mais frequente (Lawrence et al., 2013; MIDIRS, 2008; RCM, 2010 cit. por RCM, 2012).

. A deambulação melhora a atividade uterina. E, a melhoria da contratilidade uterina está associada à redução da duração do trabalho de parto (Lowdermilk e Perry, 2009; Mamede e al., 2007).



Atualmente o nascimento humano é propenso a desproporção feto pélvica e parto prolongado, no entanto o cérebro humano fez com que artificialmente vencesse quase todas as dificuldades.

For more information visit [www.gutenberg.org](http://www.gutenberg.org)  
or [www.bartleby.com](http://www.bartleby.com)

## Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto

Vários organismos recomendam posições verticais/deambulação/liberdade de movimentos durante o trabalho de parto



Institute for Normal Birth in 2004 criou 6 práticas que promovem o parto natural. Entre elas está a recomendação da deambulação e liberdade de movimentos, durante o trabalho de parto.

## Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto

A OMS criou um guia que estabelece algumas recomendações de boas práticas para a assistência ao Parto normal.

Entre as práticas que são comprovadamente úteis e devem ser encorajadas estão:

- A liberdade de movimentos
- Encorajamento de posições não supinas
- Monitorização intermitente

Entre as práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas estão:

- uso rotineiro de posição supina

Sendo que a única exceção para a posição supina é a rotura de membranas com feto não apoiado no colo.



## Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto



Evidence Based  
Guidelines for  
Midwifery-led Care in Labour  
Positions for Labour  
and Birth

The Royal college of Midwives recomenda:

As parteiras devem ser pró-ativas demonstrando e encorajando posições diferentes em trabalho de parto;

As Parteiras devem apoiar as mulheres com sugestões sobre como manter-se na posição vertical, em situação de monitorização eletrónica, infusões endovenosas e diferentes métodos de analgesia que possam afetar a mobilidade.

## Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto

### Procura de evidencia científica para uma prática de qualidade

#### Questão de investigação

Quais as intervenções do EEESMO para a promoção da deambulação durante o trabalho de parto?

P- Parturientes

I- Promoção da deambulação pelo EEESMO

Co-trabalho de parto



Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto		
Palavras-chave		Trabalho de parto (labour/labor) deambulação (ambulation/walking) enfermeiro (nurse, midwife, midwifery)
Estratégia de busca	Critérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artigos em língua portuguesa, inglesa ou espanhol</li> <li>• Artigos relacionados com a progressão do trabalho de parto</li> <li>• texto íntegro</li> </ul>
	Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artigos não científicos</li> <li>• Fora do âmbito da temática</li> </ul>
	Horizonte temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2006 - 2016</li> </ul>
Bases de dados		Plataforma Ebscohost: CINAHL e MEDLINE, Cochrane Database of systematic Reviews, Science direct e B-on

### Resultados da revisão de literatura

As parteiras devem incentivar e apoiar as mulheres, a explorar posições ideais para si próprias durante o trabalho de parto e informa-las acerca de práticas que possam afetar a sua capacidade de mobilização e de manter posições verticais (Baker, 2009).

A mobilização (deambulação e liberdade de movimentos) e a manutenção de posições verticais durante o trabalho de parto e o parto melhora a experiência do nascimento na mulher, e apoia a fisiologia normal do nascimento (Baker, 2009).

O estudo mostrou que posições verticais podem ser encorajadas pois são bem aceites pelas mulheres em trabalho de parto, e seguras para o feto e recém-nascido. (Miquelutti et al., 2007).

### Resultados da revisão de literatura

. Não houve implicações negativas nas parturientes que adotaram posições verticais na duração da primeira e segundo estágio do trabalho de parto, na taxa de cesariana ou qualquer outra intervenção obstétrica. (Miquelutti, M. A. et al 2007; Leal, M. C. et al, 2014)

. A distância percorrida pelas parturientes durante as primeiras 3 horas da fase ativa do trabalho de parto está associada ao encurtamento do mesmo, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda e 6 minutos na terceira hora. (Mamede F. V., et al 2007)

### Resultados da revisão de literatura

Num estudo realizado por Wilson M. J. A. et al (2009) onde se pretendia relacionar a deambulação com o parto em mulheres com “walking epidural”

Conclui-se que

.A preservação da função motora e sensorial oferece uma plausível explicação para a redução dos partos instrumentados mostrados no estudo.

.Andar e adotar posições verticais durante o trabalho de parto pode aumentar a probabilidade de partos vaginais espontâneos.

.Os resultados do estudo sugerem que nas mulheres que evoluíram para parto vaginal e que andaram no segundo estágio do trabalho de parto, está associado a uma maior probabilidade de parto espontâneo.

### Resultados da revisão de literatura

. Não há um trabalho de parto ou posição de nascimento ideal para todas as mulheres, pois as mulheres são indivíduos e trabalho de parto é um evento dinâmico (Baker, 2009).

. As parteiras devem informar as mulheres das vantagens a curto e longo prazo da mobilização durante o parto e adotar posições verticais durante o trabalho de parto e parto, devem destacar os efeitos adversos para mulheres que permanecem na cama durante o trabalho de parto e parto. O que irá permitir mulheres a tomar decisões informadas sobre seus cuidados (Baker, 2009)

### Contributos da deambulação na progressão do trabalho de parto

Em suma

Deambular durante o trabalho de parto apoia a fisiologia do nascimento e melhora a experiência do parto para a mulher

Favorece a irrigação do útero

contrações mais eficazes

Diminui o tempo do trabalho de parto

Ajuda o feto a adaptar-se à bacia materna

Alivia a dor durante o trabalho de parto



## Bibliografia

- Ayres-de-Campos D, et al. Medidas para reduzir a taxa de cesarianas da região norte de Portugal. ARS Norte, Porto, Set 2010. Acedido a 20/01/2016. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio\\_Taxas\\_Cesarianas.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf)
- Dundes, L. (1987). The evolution of maternal birthing position. *American Journal of Public Health*, 77(5), 838–841. Acedido em 10/02/2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647027/pdf/amph00258-0102.pdf>
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. Acedido a: 12/02/2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/epdf/standard>
- Leal, M.C. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S17-S32. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X00151513>
- Organização Mundial da Saúde (2005). Parto Prolongado e Paragem na Progressão do trabalho de parto: Manual para professores da Enfermagem Obstétrica. Portugal: Gráfica Maiadouro, S.A. 1-198. ISBN 92 4 854656 8

## Bibliografia

- Royal College Of Midwives (RCM) (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour- Positions for labour and Birth*. London RCM. Acedido em 8/02/2016. Disponível em: <http://www.rcm.org.uk/EasySiteWeb/getresource.aspx?AssetID=303482>
- Parente, R. C. M. et al (2011). A história do nascimento (parte 2): parto vaginal. *Femina*, 39 (2), 65- 83. Acedido em: 20/02/2016. Disponível em: [http://www.febrasa.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina\\_v39n2\\_65-83.pdf](http://www.febrasa.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina_v39n2_65-83.pdf)
- Rosenberg, K. and Trevathan, W. (2002). Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109: 1199–1206. doi: 10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x. Acedido em:20/02/2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x/epdf>
- Silva et al (2007) Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*, 35 (2), 101-106. Acedido em: 25/02/2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=link&expSearch=471276&indexSearch=ID>
- Wilson, M. J. A. et al (2009). Ambulation in labour and delivery mode: a randomised controlled trial of high-dose vs mobile epidural analgesia. *Anaesthesia*, 64: 266–272. doi: 10.1111/j.1365-2044.2008.05756.x Acedido em: 1/03/2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2008.05756.x/full>